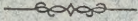


DU
MYXOME DIFFUS

DU TISSU CELLULAIRE DES MEMBRES

——
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE RAFIN

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, SUCCESSEURS

10, Place de la Charité, 10

—
Août 1885

DU
MYXOME DIFFUS

DU TISSU CELLULAIRE DES MEMBRES

—
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4^{er} Août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE RAFIN

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

IMPRIMERIE CHANOINE, LÉON DELAROCHE ET C^{ie}, SUCCESSEURS

10, Place de la Charité, 10

—
Août 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
BONDET.	} ASSESSEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	} MM. LÉPINE
Cliniques chirurgicales.. . . .	} BONDET
Clinique obstétricale et Accouchements.	} OLLIER
Clinique ophthalmologique.	} TRIPIER (LÉON)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	} BOUCHACOURT
Clinique des maladies mentales.	} GAYET
Physique médicale.	} GAILLETON
Chimie minérale.	} PIERRET
Chimie organique et toxicologie.	} MONOYER
Matière Médicale et Botanique.	} GLÉNARD
Zoologie et Anatomie comparée.. . . .	} CAZENEUVE
Anatomie.	} CAUVET
Anatomie générale et histologie.	} LORTET
Physiologie.	} PAULET.
Pathologie interne.	} RENAUT
Pathologie externe.	} MORAT,
Pathologie et Thérapeutique générales.	} J. TEISSIER
Anatomie pathologique.	} BERNE
Médecine opératoire.	} MAYET
Médecine expérimentale et comparée.	} TRIPIER (RAYMOND)
Médecine légale.	} PONCET.
Hygiène.	} CHAUEAU
Thérapeutique.	} LACASSAGNE
Pharmacie.	} ROLLET
	} SOULIER
	} CROLAS

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale.	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements	DELORE

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE . . .	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD	Chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD.	MM. LAURE.	MM. POULLET.
BEAUVISAGE	LEVRAT.	SABATIER.
BOUVERET.	LINÔSSIER.	VINAY.
CHANDELUX	PERRET.	VINCENT.
DEBIERRE.	POLLOSSON.	

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

M. CHARPY.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, président; M. R. TRIPIER, assesseur; MM. PERRET ET POLLOSSON, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MON ONCLE FRÉDÉRIC RAFIN

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PONCET

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN-MAJOR DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR POLLOSSON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN-MAJOR DÉSIGNÉ DE L'HOTEL-DIEU

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

On trouve assez fréquemment à l'Hôtel-Dieu, une variété de tumeurs qui offrent les caractères suivants. Elles ont pour siège le tissu cellulaire sous-cutané ou profond des membres ou des parois du tronc. Elles se présentent sous forme de masses molles, gluantes et gélatiformes. On formule en leur présence le diagnostic, *myxome*, *myxo-sarcome*. Tantôt elles sont circonscrites, affectant la forme sessile ou pédiculée. Tantôt le même tissu pathologique se présente en masses diffuses, poussant des prolongements le long des gânes vasculaires, des cordons nerveux, disséquant les muscles en faisceaux de divers ordres.

Nous nous proposons, non pas d'étudier toutes ces formes, dans toutes les régions du tissu cellulaire,

mais de nous en tenir dans cette description à celles de ces tumeurs qui sont diffuses et qui occupent les membres. Nous nous servirons pour désigner cette affection, du nom de Myxome diffus des membres, sans accorder à cette expression, le sens anatomo-pathologique précis qui lui est donné par quelques auteurs.

Ces tumeurs étaient connues sous des appellations diverses quand Virchow en a dessiné les principaux traits anatomo-pathologiques avec une grande perfection, dans sa leçon sur les myxomes. Aujourd'hui on fait couramment leur diagnostic au lit du malade; cependant, leur histoire clinique est très incomplète, et nous ne leur connaissons pas de description particulière. Le tableau que nous allons en donner, contribuera peut être à combler quelques lacunes; il en laissera persister un grand nombre que nous aurons soin de signaler.

Nous devons à M. Maurice Pollosson, l'idée de ce travail: dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 30 Décembre 1884, il a décrit ce type bien caractérisé de tumeurs des membres, le myxome diffus. Il nous a engagé à reprendre avec détails, l'étude de cette question.

Nous avons réuni onze observations, toutes inédites et recueillies dans nos hôpitaux, dans les services de MM. Ollier, Poncet, Pollosson et Augagneur. Quelques-unes ont été prises directement par nous.

Nous avons fait au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, de nombreux examens histologiques. M. Bard a bien voulu examiner nos préparations

et nous donner son avis. Nous le prions d'agréer nos remerciements. Nous regrettons de n'avoir pas fait de ce côté des recherches plus précises et plus prolongées : on ne voit malheureusement bien ce qu'il faut chercher, que lorsqu'on a déjà cherché beaucoup.

Nous préoccupant surtout du côté clinique et des indications thérapeutiques, nous avons pris des renseignements, toujours très difficiles à acquérir, sur l'état actuel des malades qui sont les sujets de nos observations. Ces renseignements nous ont montré combien il fallait se défier des guérisons apparentes, combien il était utile pour apprécier sainement le pronostic d'une maladie et la valeur des interventions, de suivre les malades d'un service à l'autre, et de l'hôpital dans leurs résidences ultérieures.

Nous n'avons malheureusement pas pu rassembler toutes les observations de tumeurs analogues extirpées dans ces dernières années à Lyon ; quelques-unes de celles qui nous ont été confiées, ou que nous avons recueillies, ne donnent pas tous les détails qu'il serait utile de connaître pour faire une histoire pathologique complète de l'affection. Telles qu'elles sont, elles nous renseignent sur quelques points insuffisamment étudiés. Notre travail est l'analyse de ces observations.

Nous donnerons au début de cette étude un aperçu historique très bref : nous y joindrons les observations que nous avons rassemblées.

Nous adopterons ensuite l'ordre consacré dans les ouvrages didactiques, pour les descriptions de ce genre.

M. Poncet, professeur à la Faculté, chirurgien-

major désigné de l'Hôtel-Dieu, n'a pas été seulement pour nous, durant notre internat, un maître bienveillant, mais ses leçons éclairées nous ont fourni pour ce travail des observations précieuses : en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, il s'est acquis un titre de plus à notre reconnaissance. Nous sommes heureux de la lui témoigner ici publiquement.

Nous devons également remercier M. le professeur Ollier, qui a bien voulu mettre à notre disposition le riche recueil des observations de sa clinique.

M. Pollosson, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, ne s'est pas contenté de nous inspirer cette étude, il nous a également prodigué ses conseils, et c'est en les suivant pas à pas que nous avons pu la mener à bonne fin. C'est un devoir pour nous de le reconnaître, mais c'est aussi avec plaisir que nous saisissons cette occasion de témoigner à notre excellent maître notre profonde gratitude, pour la bienveillance amicale dont il nous a donné tant de preuves durant le cours de nos études.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les tumeurs que nous nous proposons d'étudier dans ce travail, sont connues et définies depuis les recherches faites pendant la première moitié de ce siècle, dans le domaine de l'anatomie pathologique.

Les tumeurs colloïdes de Laennec, la tumeur gélatineuse ou collonema de J. Müller, les comprennent certainement : mais elles englobent assurément des productions morbides de toute autre nature, qui n'ont rien de commun avec les précédentes que l'aspect gélatiniforme du tissu.

Quand Lebert eut mis à part les tumeurs fibro-plastiques autrefois confondues avec d'autres espèces sous le nom commun de cancer, il reconnut parmi elles une variété composée d'un tissu qu'il décrivit dans sa physiologie pathologique sous le nom de fibro-colloïde, et qu'il sépara du tissu colloïde cancéreux. Dans son anatomie pathologique générale, il rapporte une observation de tumeur du tissu cellulaire de la cuisse extirpée par Velpeau, dont les caractères anatomiques sont très exactement ceux des néoplasmes que nous envisageons ci (1).

Il l'intitule, tumeur fibro-plastique de la cuisse, et indique bien son aspect mou, sa consistance tremblotante comme de la gélatine, sa structure caractérisée par une substance intercellulaire abondante dans laquelle se trouvent des éléments arrondis ou fusiformes.

Mais pas un auteur n'a traité la question qui nous occupe avec la netteté, la précision, la hauteur de vues, qu'y a apportées Virchow. — Pour lui il s'agit d'une tumeur apparentée aussi bien au tissu connectif qu'au tissu graisseux, caractérisée comme la gélatine de Wharton par la présence d'une substance intercellulaire muqueuse. Il en fait une variété de tumeur à part, le *myxome*, qu'il sépare du groupe des sarcomes avec lesquels elle était confondue suivant les idées de Lebert. Il les étudie dans les divers tissus, dans les divers organes et consacre quelques pages aux myxomes développés dans le tissu cellulaire sous-cutané,

(1) Lebert. *Anatomie pathologique*, t., I, p, 263.

sous-aponévrotique et inter-musculaire. Il y a peu à ajouter à sa description anatomo-pathologique, peinture fidèle de ce qu'on observe chez le malade ou avec les pièces pathologiques.

Depuis, les auteurs ont reproduit soit les idées de Virchow, faisant de ces tumeurs une variété distincte, soit les idées de Lebert en faisant une variété de sarcome avec beaucoup de substance intercellulaire.

Plus récemment, Kœster (1) repousse complètement l'idée de Virchow faisant du tissu muqueux un tissu spécial, à côté et à l'égal des tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux, et l'opinion de ceux qui l'envisagent comme un tissu conjonctif jeune riche en mucine. Pour lui, le tissu muqueux n'est autre qu'un tissu conjonctif œdématié et ne contient pas plus de mucus que le tissu conjonctif ordinaire. Les tumeurs dites myxomes, sont des lipomes dans lesquels les cellules ayant perdu leur graisse sont revenues à l'état de cellules connectives protoplasmiques, ou des fibromes, dans lesquels s'est produit un œdème par suite de certaines conditions circulatoires, stase veineuse, ou perméabilité plus grande des vaisseaux.

Cornil et Ranvier donnent du myxome une description microscopique, remarquable par la précision et la clarté. Pour eux le myxome représente exactement le tissu muqueux. Ils le placent entre le sarcome, dont les éléments embryonnaires correspondent à des formes plus jeunes du tissu conjonctif, et les fibromes constitués par des éléments adultes.

(1) Kœster. — *Ueber Myxom.* (Berlin, Klin. Wochen. Sep. 1882.

Bonnet, dans son excellente thèse inaugurale(1), après avoir comparé le myxome au tissu muqueux normal, montre l'analogie de ses éléments cellulaires avec ceux du tissu conjonctif lâche. Pour lui, ce n'est pas dans la forme et l'arrangement de l'élément cellulaire qu'il faut chercher la caractéristique du myxome, mais dans la nature muqueuse de la substance intercellulaire, qui est comme substituée aux fibres lamineuses ou élastiques et à la lymphe. Il a dessiné les transitions qui existent entre l'état embryonnaire et la forme étoilée de l'élément cellulaire dans le myxome. Il indique bien aussi que certaines tumeurs qualifiées de myxomes, tels que les polypes muqueux des fosses nasales, sont souvent constituées par un tissu conjonctif lâche qui serait le siège d'un œdème inflammatoire (fibrome œdémateux de Billroth, conjonctivome); pour lui cet état est intermédiaire entre le myxome-type, où toute la substance intercellulaire est en tissu muqueux, et le fibrome pur, où la substance intercellulaire est constituée par des faisceaux fibreux.

Sans nous attarder plus longtemps au côté purement histologique et à l'étude générale du myxome, passons au côté clinique de la question.

Les tumeurs que nous allons décrire sont bien connues : tous les chirurgiens savent les reconnaître et en tiennent compte, quand il s'agit de porter le diagnostic d'une tumeur des membres. Mais si elles sont très connues, elles sont peu étudiées; nous voulons dire : on ne leur a pas consacré d'étude spéciale.

(1) *Introduction à l'étude des tumeurs.* — Bonnet, Th., de Lyon, 1881, p. 50 et suivantes.

Leur description clinique est faite dans les articles consacrés aux myxomes en général, et il est facile de comprendre quel défaut de précision découle de cette promiscuité.

Seul, M. Gosselin a consacré quelques pages remarquables, dans ses cliniques, aux myxomes des membres, qu'il désigne sous le nom un peu vague de sarcome mou.

Un petit nombre d'observations de ces tumeurs sont rapportées dans les divers recueils. Nous n'avons pas cru devoir les copier dans notre travail, parce qu'elles n'ajoutent rien aux notions que nous ont fournies les observations par nous recueillies. On y trouve le plus souvent une description anatomo-pathologique, le récit d'une opération terminée par la *guérison* du malade. Qu'est-il advenu plus tard? Tout ce qu'on sait de lui, c'est qu'il n'est pas revenu demander une seconde opération.

Dans ces conditions, il nous a paru utile de publier les observations inédites recueillies à Lyon, et de les analyser sous forme d'histoire pathologique de l'affection.

On ne s'est pas préoccupé beaucoup de distinguer en clinique la forme circonscrite et la forme diffuse. Nos observations se rapportent à cette dernière, et c'est la seule dont nous nous occuperons ici.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Myxo-sarcome développé dans le tissu cellulaire de la face palmaire de la main gauche. — (Communiquée par M. OLLIER).

Léon Chappuis, né à Rumilly (Savoie), demeurant à Lyon, montée de la Grand-Côte, garçon d'hôtel, âgé de 27 ans, entre le 16 mars 1870 dans le service de M. le Professeur Ollier, salle St-Sacerdos, n° 14).

Il y a neuf ans environ, le malade vit une petite tumeur se former dans le milieu de la paume de la main gauche. Cette tumeur grossit insensiblement.

Trois ans après le début, elle avait atteint le volume d'une grosse noix. C'est alors qu'il se décida pour la première fois à venir à l'hôpital. M. Desgranges pratiqua, au niveau de la tumeur, une incision cruciale, disséqua les lambeaux et enleva le néoplasme, dont la couleur était blanche, au dire du malade.

Un an après, la tumeur récidiva dans la cicatrice, mais ce ne fut que trois ans après que le malade revint à l'hôpital. Service de M. Gayet. La tumeur était plus grosse que la première fois. La même opération fut pratiquée, la tumeur avait le même aspect. Pendant l'opération, un des tendons du fléchisseur fut probablement lésé, car c'est depuis lors que le médius est roide et ne peut plus s'étendre complètement.

Six mois après, nouvelle récurrence.

Aujourd'hui, trois ans après la seconde opération, on constate dans la paume de la main gauche, une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, à grand diamètre transversal, s'étendant depuis deux travers de doigt au-dessous du pli moyen du poignet jusqu'à un travers de doigt au-dessus du pli palmaire métacarpo-phalangien, et d'un autre côté depuis l'éminence hypothénar jusqu'à l'éminence thénar, sur laquelle elle empiète un peu. — Elle est composée de trois lobules : un médian et deux latéraux. Le lobule médian est plus élevé que les précédents, dont il est séparé par deux sillons bien marqués. Il est ovoïde à grand diamètre vertical. Le lobule interne s'étend jusqu'à deux travers de doigt du bord interne du cinquième métacarpien, cependant il semble qu'il se prolonge sur l'éminence hypothénar, car lorsque l'on essaie de presser sur cette région pour arriver sur les parties profondes on sent que le doigt est arrêté par une masse dure. Il est aussi ovoïde et à grand diamètre vertical. Quant au lobule externe, il est rond et occupe l'espace qui sépare le premier métacarpien du deuxième. Par la palpation, on sent une fausse fluctuation qui est due probablement à ce que ce lobule est composé de plusieurs petits lobules secondaires qui s'échappent lorsque l'on presse avec l'un ou l'autre doigt. On sent la même chose pour le lobule interne. Le troisième ne peut être examiné, car la palpation en est douloureuse. — En résumé, cette tumeur est solide, et elle présente des points plus durs les uns que les autres.

La peau est lisse et amincie, principalement au niveau du lobule interne, mais elle n'est pas adhérente à la tumeur. Elle est sillonnée de grosses veines.

La tumeur n'est pas mobile sur sa base. Elle paraît adhérente aux gaines tendineuses. Le pouce, l'index, l'annulaire et le petit doigt jouissent de tous leurs mouvements. Seulement, le mouvement d'opposition du pouce est gêné par la tumeur. Le médius est raide. L'extension de ce doigt ne se fait pas complètement, ainsi que la flexion ; la première phalange ne peut dépasser l'angle droit avec le métacarpien. Quant aux deux autres phalanges, elles se fléchissent

d'un angle de 145° environ. Pas de ganglions épitrochléens, ni axillaires.

Opération, 21 mars 1876. — Anesthésie. On fait une incision cruciale, puis on dissèque chacun des lambeaux de la peau, et l'on tombe sur une sorte de gaine fibreuse qui se confond avec l'aponévrose palmaire. A peine arrivé sur les parties latérales, on s'aperçoit que les tendons fléchisseurs superficiels et profonds sont, soit simplement soulevés, soit englobés dans la tumeur. On les dissèque les uns après les autres. On se comporte de même à l'égard des branches des nerfs médian et cubital, ceux-ci semblent se perdre dans la tumeur, et on est obligé de les sectionner; de sorte que l'on ne laisse subsister à la face palmaire de la main que le collatéral externe du pouce et interne du petit doigt.

Quant aux tendons on ne coupe que les fléchisseurs superficiel et profond du médius qui paraissent amincis, plus ou moins dissociés et compris dans la tumeur. Les autres sont rejetés sur le côté, afin de pouvoir attaquer la tumeur par sa partie profonde.

Du côté des éminences thénar et hypothénar, on enlève un certain nombre de fibres musculaires qui se confondent avec la tumeur; on coupe de même plus ou moins les interosseux et les lombricaux.

L'opération s'achève sans donner lieu à une perte de sang sérieuse.

Les quatre angles de la peau sont ramenés au contact, après l'ablation de la tumeur.

La tumeur enlevée a le volume d'un poing de femme. On trouve à sa face supérieure, les trois lobes déjà signalés; cet aspect est dû à ce que les tendons étaient placés dans les rainures qui séparent le lobe médian des deux lobes latéraux. Sur les parties latérales il existe une foule de petits lobes mamelonnés, comme gélatineux. A eux doit être rapportée la sensation de fluctuation perçue au niveau des éminences thénar et hypothénar. A la partie inférieure, ces lobes sont innombrables, et l'on voit une foule de prolongements mamelonnés ressemblant assez aux lobes d'une glande. Toutes ces petites tumeurs sont formées d'une paroi mince et contiennent un tissu blanchâtre d'un blanc nacré en certains points, plus ou moins jaunâtres dans d'autres, offrant par places des traînées gélatiniformes, de sorte que l'ensemble pourrait être comparé à de la chair d'huître. D'autres, moins considérables, ont une coloration légèrement opaline et bleuâtre. Enfin les plus petites sont rougeâtres, d'un rouge vineux; vu leur consistance, on les croirait entièrement remplies de liquide, tandis qu'elles sont constituées partout par une matière gélatiniforme ressemblant à de la gelée de groseille.

22 mars. — Pouls 110, T. R. 40°. La sensibilité est abolie dans l'index, le médius et l'annulaire. Cependant, si l'on pratique des

piqûres profondes, le malade indique souvent avec exactitude le doigt piqué. Le membre est gonflé, rouge, menacé de supuration du côté des gaines de l'avant-bras. Irrigation.

24 mars. — Le malade se trouve mieux. Matin, pouls, 100. T. R., 38,4. *Soir*, pouls, 100. T. R., 39,4. Les tissus sont plus souples, les phénomènes inflammatoires du côté des gaines ont diminué. En examinant la sensibilité avec l'épingle, le moindre frôlement est perçu, quelque soit la phalange que l'on touche, et le point de cette phalange. La sensibilité est manifestement plus développée sur les côtés que sur la ligne médiane. Pas de différence entre la première et la troisième phalange. L'index est très sensible et conserve la sensibilité au froid et à la chaleur. Au médus et à l'annulaire, le malade perçoit un frôlement, mais pas d'autre sensation. Il dit, du reste, que c'est au pouce, à l'index et au petit doigt que les sensations sont le mieux perçues. Au médus et à l'annulaire, le contact d'un corps assez chaud pour produire la vésication n'est perçu qu'avec un certain retard.

25 mars. — Mieux très sensible. Le pouls est tombé à 80. La température varie entre 37,4 et 38,2.

5 avril. — Issue d'un lambeau de tendon. La plaie a bon aspect. Le malade ne souffre pas.

12 avril. — Issue d'un nouveau morceau de tendon. Les bords de la plaie sont presque réunis. L'inflammation des gaines de l'avant-bras a disparu.

14 avril. — Le malade part. A ce moment, presque toutes les phalanges des doigts sont fléchies les unes sur les autres, en formant un angle encore assez grand.

Ici s'arrête l'observation qui nous a été communiquée par M. Ollier. D'après les renseignements que nous avons recueillis, Léon Chapuis aurait subi depuis l'amputation du bras. Nous n'avons pu savoir par qui elle a été pratiquée. Il a vécu quatre ou cinq ans après son amputation; il est mort, il y a quatre ans, d'une affection en apparence médicale, d'après les récits qui nous ont été faits par sa propriétaire.

OBSERVATION II

Myxome récidivé de l'avant-bras. — Amputation du bras. — Mort un an après. (Communiquée par M. OLLIER)

Puy (Jean-Pierre), né à Pollionnay, demeurant à Craponne, âgé de 67 ans, blanchisseur, entré le 29 mai 1871 dans le service de M. le professeur Ollier, salle Saint-Sacerdos, n° 74. Cet homme, d'une constitution maigre et peu robuste, quoique ayant joui antérieurement d'une bonne santé, a vu apparaître, il y a douze ans environ, à la partie moyenne de la face antérieure de l'avant-bras gauche, une petite tumeur qui atteignit en trois ans le volume d'une petite pomme. Depuis lors, elle continua à s'accroître progressivement ; mais à partir de l'automne dernier, les progrès furent beaucoup plus rapides, au point que le volume acquis dans toutes les années précédentes fut doublé en six mois. La tumeur s'était étendue presque exclusivement en haut, remontant vers le côté externe de l'avant-bras jusqu'au voisinage de l'articulation du coude, ne dépassant pas les deux tiers inférieurs de l'avant-bras. Le malade en compare la forme à celle d'une miche. Dans les derniers six mois, étaient survenues des douleurs lancinantes et pongitives dans l'avant-bras et la main.

Entré pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, le 16 mars 1871, il fut opéré le 23 du même mois. La peau qui recouvrait la tumeur était saine et libre. La tumeur qui s'enfonçait entre les muscles antérieurs et externes de l'avant-bras, était recouverte par le long supinateur. On reconnut à l'examen histologique que l'on avait affaire à un myxome.

Le 19 avril. — Le malade s'aperçut qu'une tumeur nouvelle, rouge et molle, se montrait à la partie supérieure de la plaie ; en une nuit elle aurait pris le volume d'une noix.

Le lendemain une tumeur semblable se montrait à l'angle inférieur de la plaie encore béante. On lui fit, dès lors, entrevoir la nécessité de l'amputation, et on l'envoia passer quelque temps chez lui. Là, il subit des applications de pâte de Vienne infructueuses ; le néoplasme continuait à s'accroître rapidement.

30 mai 1871. — Amputation pratiquée au dessus de l'extrémité inférieure de l'humérus. Incision élliptique dont l'axe dirigé de haut

en bas et d'avant en arrière, se termine à sa partie la plus inférieure, au niveau de l'interligne articulaire du coude. La section de l'os est faite au quart inférieur.

Le malade perd une assez grande quantité de sang par une hémorrhagie en nappe. Pansement au perchlorure. Dans la journée, le malade se plaint de souffrir beaucoup. A quatre heures du soir, T. R., 38,4. Pouls : 80.

A dix heures du soir, afin de soulager le malade, le pansement est enlevé. Il n'y a pas d'hémorrhagie. On laisse en place les bourdonnets de perchlorure et on plonge le moignon dans une vessie remplie d'huile phéniquée.

31 mai. — Le malade est très satisfait ; il a très bien passé la nuit ; on se contente d'ajouter un peu d'huile et d'enlever les bourdonnets, T. R., 38,0 ; P., 80.

Soir. — Le malade se plaint que la bande qui tient la vessie fixée autour de son bras, le serre un peu. T. R., 39,2. P., 80.

A 10 heures du soir, la douleur s'est un peu accentuée. On supprime la vessie et comme il n'y en a pas d'autres sous la main, on la remplace par un pansement à l'huile phéniquée, avec un bandage méthodiquement roulé.

1^{er} juin. — Le patient n'a pas beaucoup souffert, bien que la nuit n'ait pas été aussi bonne que la précédente. Comme il y a encore un peu de gonflement, même pansement. R. R., 39,8 ; P., 90.

Soir. — On place de nouveau une vessie remplie d'huile phéniquée, disposée de façon à ne produire aucune constriction. T. R., 40,2 ; P. 90.

Ici, s'arrête l'observation qui nous a été communiquée par M. Ollier ; d'après les renseignements que nous avons recueillis sur ce malade, il aurait guéri de son amputation et serait décédé un an après, le 13 mars 1872, à Craponne. Nous n'avons pas de renseignements sur les causes de sa mort.

OBSERVATION III

Myxome du dos du pied. — Amputation. — Pyohémie. — Mort.
(Communiquée par M. OLLIER.)

Marie Tiollier, née à Jons (Isère), demeurant à Lyon, rue François-Dauphin, marchande de fleurs, 53 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 7 février 1874, service de M. Ollier, salle Sainte-Marguerite, n° 2.

Obésité très marquée. — Il y a 5 ans, cette femme reçut sur le dos du pied un coup de volet, qui le fit enfler passagèrement. A la suite de ce coup, il persista un peu de douleur. Un an après, à l'endroit frappé, apparut une petite tumeur grosse comme une fève, mobile sous la peau. — Elle augmenta graduellement de volume, elle était peu douloureuse. Actuellement, on constate sur la face dorsale du pied droit une tumeur pyriforme, lobulée, grosse comme une tête de fœtus, molle, faussement fluctuante avec des points ramollis. Elle s'étend du milieu des premières phalanges des orteils à l'articulation tibio-tarsienne, et se prolonge sur la malléole externe. La largeur est celle du pied. La peau qui la recouvre est tendue, variqueuse, de coloration normale, sauf en certains points où elle est un peu violette. Les mouvements des orteils et ceux de l'articulation tibio-tarsienne sont intacts. Pas de ganglions dans l'aîne, pas de douleurs notable dans le pied.

10 février. — Opération. — Anesthésie. — On fait une incision sur la face dorsale du pied, mais l'étendue de la tumeur est telle, la dissection de la peau si difficile, qu'on est obligé de pratiquer l'amputation sus-malléolaire. Celle-ci est pratiquée à l'aide de la compression élastique d'Esmark, pratiquée en serrant très fortement au-dessus du mollet, à cause de l'obésité de la malade. — Bandage silicaté immédiat. En examinant la pièce, on reconnaît que la tumeur n'adhère ni à la peau, ni aux parties profondes, mais pour l'enlever complètement, il aurait fallu mettre à nu toutes les parties dorsales du pied. La tumeur elle-même est volumineuse. Son poids atteint 520 grammes: elle est mamelonnée, et ses lobules sphériques bien tranchés, ont le volume d'une grosse noix. Tous ces lobules sont hémorragiques, les uns marrons, les autres brunâtres, les autres noirs. Dans ceux où l'hémorragie est récente, elle occupe la couche périphérique du lobule. — On ne trouve le tissu propre de la tumeur que dans des points isolés. La tumeur était sous-cutanée, sans adhérences profondes. L'examen histologique fait reconnaître un myxome, contenant surtout des cellules rondes et peu de cellules étoilées.

11 février. — Douleur. Le bandage enlevé en avant, laisse voir une plaie normale.

12 février. — Mêmes douleurs. — Pas de frisson, moignon un peu douloureux; cataplasme et quinine. Vers 4 heures du soir, hémorragie peu abondante, elle provient d'une artériole du centre de la plaie. Les tissus se ramollissent. On touche la plaie au perchlorure de fer. La moelle osseuse est très douloureuse.

14 février. — Pansement phéniqué, la malade souffre toujours autant.

15 février. — L'irrigation de la plaie provoque un suintement sanguinolent.

17 février. — Pendant la nuit, hémorrhagie peu abondante, arrêtée par des irrigations à l'eau de Pagliari.

18 février. — Les douleurs ont presque complètement disparu. Pansement avec poudre de charbon et quina. — Coton.

20 février. — Frisson le soir. — Nouveaux frissons la nuit.

23 février. — Frissons incessants. — Face pâle, anxiété. — Vomissements constants. Grandes oscillations dans la température.

24 février. — La malade est emmenée chez elle. — D'après les renseignements que nous avons recueillis, la malade a succombé peu de jours après.

OBSERVATION IV

Myxo-sarcome de la cuisse gauche. — Désarticulation de la cuisse par la méthode sous-périostée. — Gangrène gazeuse. — Mort.
(communiquée par M. OLLIER).

Joseph Brange, 38 ans, forgeron, né à Mézeriat (Ain), demeurant Mâcon, entre à l'Hôtel-Dieu, le 10 novembre 1859, salle Saint-Sacerdos, n° 10, service de M. le professeur Ollier.

Bonne santé antérieure. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels. Il y a quinze mois, le malade vit se développer, un peu au-dessus du creux poplité, une tumeur qui avait d'abord le volume d'une noix; peu à peu la tumeur, augmentant de volume, se dirigea du côté du creux poplité, puis elle gagna le haut de la cuisse, pendant que la tumeur primitive descendait au dessous du genou.

La douleur était presque nulle au début; pendant l'hiver le malade souffrit un peu plus. Il pouvait cependant continuer son travail. Depuis, la tumeur continua à se développer, et elle finit par atteindre un volume si considérable que le malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Malgré l'énorme masse du néoplasme, d'assez longues courses sont encore possibles sans qu'il en résulte de la fatigue; les douleurs sont accrues par les excès alcooliques.

A son entrée, on constate une tumeur volumineuse développée surtout à la partie postérieure de la cuisse, mais commençant à

envahir la partie antérieure. Elle s'étend en bas, jusqu'à 4 ou 5 centimètres au-dessous du creux poplité, où elle fait deux saillies en forme de mamelon : en haut elle s'étend jusqu'au tiers supérieur où sa délimitation est assez nette malgré un peu d'empâtement. La consistance est demi-molle, pâteuse, sauf le prolongement inférieur qui est plus dur avec des points ossifiés en apparence; l'empreinte du doigt n'est pas conservée. La peau n'est pas altérée, excepté au niveau des lobules mamelonnés du creux poplité. Veines superficielles variqueuses très dilatées, devenant très saillantes pendant la station debout, et sillonnant la surface du néophasme, soit dans le sens de la longueur, soit dans celui de la largeur. On ne peut se rendre un compte absolument exact de l'état du fémur : cependant sa face antérieure est absolument saine, et la tumeur ne doit pas adhérer à cet os, car si on le fixe par la pression de sa tête, sur la cavité cotyloïde, la masse reste mobile.

La tumeur née en arrière, a été comme exprimée entre les muscles de la région interne et ceux de la région externe, comme on peut s'en assurer, lorsque le malade les fait contracter. Les mouvements du genou n'ont subi d'autre atteinte que celle qui résulte de l'arrêt mécanique produit par la tumeur dans certaines positions.

Il n'y a pas de ganglions inguinaux dégénérés.

Dans ces derniers temps, sous l'influence de palpations répétées, la peau, bien que sans adhérence avec la tumeur, s'est enflammée.

La tumeur a augmenté de volume à sa partie moyenne.

Le membre malade mesure 84 centim., le membre sain, 41 centim.

A l'auscultation pas de bruit de souffle.

24 novembre. — Anesthésie à l'éther sans incident.

On place une bande d'Esmark, sur le membre inférieur jusqu'à la racine de la cuisse; seulement en passant sur la tumeur, on prend la précaution de ne serrer que très modérément. Ceci fait, avant d'entreprendre la désarticulation, on incise la tumeur à sa partie externe, sur une étendue de 10 centim. environ, ce qui nécessite la ligature de grosses veines.

Le doigt introduit dans la plaie, après débridement de l'aponévrose fémorale, rencontre les muscles étalés sur la masse, puis on sent très nettement des masses lobulées et, en passant entre elles, le doigt arrive sur le fémur qui paraît indépendant de la masse totale. Les muscles sont en partie déjà envahis par le néophasme, qui surtout les dissèque et les isole les uns des autres. Quelques-uns sont pâles et décolorés. On enlève la bande d'Esmark jusqu'au genou, et M. Ollier pratique la désarticulation.

Le malade est couché sur le côté droit, la cuisse gauche légèrement fléchie sur le bassin, le membre droit dans l'extension. On fait

alors avec le bistouri, sur la face externe de la cuisse, une incision coudée comme pour la résection coxo-fémorale. Cette incision remonte à cinq centimètres environ au-dessus du sommet du grand trochanter, et descend en suivant l'axe du fémur jusqu'à quinze à vingt centimètres environ plus bas.

Les vaisseaux sont liés à fur et à mesure qu'on les rencontre. On incise l'aponévrose, les tendons des fessiers et le périoste qui recouvre la face externe du grand trochanter. Cette incision périostique verticale est croisée à angle droit par une incision transversale plus petite. Ceci fait, avec le détache-tendon ordinaire, on décortique le grand trochanter de son périoste, des aides soutiennent le membre, et par des mouvements de rotation alternativement externes et internes, présentent à l'instrument les faces interne et externe du col du fémur, et puis de la diaphyse.

L'articulation est facilement ouverte et on y fait pénétrer de l'air. La tête du fémur est alors luxée en avant. Le ligament rond est en partie déchiré dans ce mouvement; un coup de ciseau achève sa section. Pas d'hémorrhagie. Le fémur luxé, il est facile de dénuder de son périoste toute la partie interne du col et de la diaphyse, dénudation qui est prolongée aussi bas qu'on le peut, c'est-à-dire jusqu'à quinze à vingt centimètres environ.

De l'incision verticale on fait partir en avant et en arrière une incision oblique, ces deux incisions vont se rejoindre sur la face interne du membre. On se met alors à sectionner les muscles avec le bistouri. En avant on les trouve normaux et à leur place habituelle: on peut donc en conserver une masse très convenable pour doubler le lambeau cutané. On rencontre le paquet vasculo-nerveux et on le respecte momentanément, pour passer à la partie postérieure. Là, les muscles sont plus ou moins envahis par le néoplasme, aussi les coupe-t-on bien plus haut qu'en avant, de sorte que le lambeau est surtout cutané. On revient à la face antéro interne du membre et pendant qu'un aide fait la compression digitale de la fémorale, on sectionne et on lie ce vaisseau dont la gaine est infiltrée de sérosité. Il n'y a pas une goutte de sang perdue à ce moment. Le nerf sciatique sectionné d'un coup de ciseau, le membre est entièrement séparé du tronc. On complète alors l'hémostase et on lie tout ce qu'on trouve donnant du sang. En tout on fait environ une vingtaine de ligatures. Toutes sont faites avec du fil ordinaire, préalablement trempé dans l'eau phéniquée.

Tous les instruments ont été de même trempés dans la solution phéniquée, et l'on a fait des pulvérisations phéniquées, non point pendant tout le temps de l'opération, mais entre chaque temps principal, afin d'éviter une absorption trop considérable de l'acide

phénique, la plaie présente un vaste lambeau circulaire avec une large échancrure. Elle a une forme légèrement conique, aboutissant au fond de la cavité cotyloïde. On fait des lavages avec l'eau phéniquée additionnée de la moitié d'eau de Pagliari.

On place un gros drain aboutissant dans le fond de la cavité cotyloïde, et dont les extrémités viennent sortir par la partie verticale de la plaie. Un second drain, plus petit, est placé au milieu du moignon, une de ses extrémités sort vers l'angle interne, l'autre à l'aboutissant des incisions obliques et verticales. On fait, en outre, des points de suture réunissant les lambeaux, mais en ayant soin de laisser un espace non réuni à l'angle interne et à l'angle externe. Ce dernier forme une ouverture béante d'environ cinq centimètres carrés.

On ne fait pas de pansement, mais le malade porté dans son lit, on pose le moignon sur un linge phéniqué et on le recouvre de même.

Les fils à ligature sont fixés sur le haut du moignon avec une bandelette de diachylon. Des pulvérisations d'acide phénique seront faites toutes les heures. Potion cordiale à 4 heures du soir. Le malade n'a pas pu se réchauffer. Soif intense; il a vomi tout ce qu'il a essayé de boire. Toutefois, l'état général et le moral sont bons. Le malade n'a pas eu envie d'uriner. On le sonde, et on ne peut pas obtenir d'urine. T. ax, 39°3.

25 novembre. — T. R. 40° 4. Les vomissements ont persisté. La soif est toujours très vive. L'opéré n'a pas uriné et n'en a pas éprouvé le besoin. Il a assez bien dormi.

Localement, rien de saillant à noter. Pas d'hémorrhagie. Gonflement très modéré. Pas de pansement. Pulvérisations faites alternativement avec de l'eau phéniquée et de l'alcool vulnéraire.

Soir, à 4 heures : La température dépasse 40°. Le pouls est à peine perceptible : on compte environ 140 pulsations; c'est à peine si les bruits du cœur peuvent s'entendre. Néanmoins, le malade ne se trouve pas mal, son moral est excellent. Il a moins vomi qu'hier, et a pu émettre une certaine quantité d'urine claire, nullement colorée en noir. La pâleur est toujours considérable, et l'œil brillant.

7 heures : Le malade meurt doucement, sans secousse aucune, l'agonie ne dure pas cinq minutes.

26 novembre. — L'examen des rapports anatomiques de la tumeur a permis de constater les lésions suivantes : Les muscles antérieurs sont absolument indépendants de la masse morbide, il en est de même de la partie antérieure de l'os. La sensation perçue en ces points doit être attribuée au groupement de ces muscles, qui étaient

comme comprimés par la masse néoplasique, qui faisait saillie sur les deux parties latérales de la cuisse. Quant aux autres muscles, c'est au milieu d'eux que s'est développée la tumeur ; sur la ligne médiane, en arrière, ils sont écartés les uns des autres et divisés en un groupe interne et un externe ; à la partie inférieure, leur portion effilée et tendineuse est indépendante de la tumeur, mais, en remontant vers la partie la plus volumineuse de leur masse, on trouve que cette portion est étalée sur la masse, amincie beaucoup et considérablement élargie.

D'autres muscles (droit interne et demi-tendineux) se sont creusés un sillon entre les lobes, et ne sont nullement déformés. L'adhérence de ces muscles au néoplasme n'est pas complète : ce n'est qu'à leur partie supérieure qu'il est excessivement difficile de les détacher, et l'on y parvient qu'en déchirant soit le muscle, soit la tumeur. Celle-ci est en effet intimement adhérente à la gaine celluleuse, et dissocie même en certains points les faisceaux musculaires.

Quant à la gaine des vaisseaux, elle ne présente rien à noter ; elle paraît indépendante, bien que pendant l'opération elle ait paru être déjà le siège d'une infiltration néoplasique.

La tumeur est incisée dans toute sa hauteur, d'arrière en avant. On constate par ce moyen qu'elle est implantée, dans la partie supérieure de la cuisse, dans un interstice celluleux, juste en arrière de la partie postérieure du vaste interne. La consistance sous le couteau est inégale : molle et presque liquide dans la plus grande partie, elle est formée de lobes dont les cloisonnements sont composés de partie plus dures.

Après l'incision, il y a des poches dont les parties molles, muqueuses se vident, et, en certains points, on a affaire à une apparence kystique. Au milieu de cette gelée tremblotante, on trouve, en certains points, des hémorrhagies en foyers plus ou moins étendus. Ces foyers, toutefois, sont peu nombreux et paraissent être très récents, dus probablement aux malaxations dont la tumeur a été l'objet pendant l'opération. A la partie inférieure, on trouve, à la coupe, des portions dures, irrégulières, sous forme de traînées, de deux à trois centimètres de longueur sur un ou deux de largeur. Ces calcifications ou ossifications (on ne sait, car l'examen histologique de ces parties n'a pas été fait), sont, en plusieurs points, développées au milieu de petites masses de cartilage hyalin très net. A la partie supérieure, la tumeur s'infiltre au milieu de faisceaux musculaires. Ceux-ci sont pâles, décolorés et leur coloration se confond avec la couleur rosée de la gelée myxomateuse.

Enfin, à l'examen histologique, fait à la hâte, pour les besoins de la clinique, sur des points mous, durcis imparfaitement dans l'alcool

et colorés par le picro-carmin, on constate des points de myxome à peu près pur ; sur d'autres points, il existe des parties très nettement et très classiquement sarcomateuses.

28 novembre. — Autopsie générale. Emphysème très notable du moignon, des bourses et de la verge.

Les bourses ont le volume de deux poings environ. Piquées avec une épingle, elles laissent échapper un jet de gaz qui brûle avec une flamme bleue. Le moignon est aussi bien plus gonflé qu'il ne l'était trois heures avant la mort.

A ce moment il ne présentait ni gonflement, ni crépitation gazeuse ni coloration.

Actuellement on constate vers les sutures de la partie interne particulièrement, une large plaque gangréneuse, de couleur gris verdâtre. Une autre se voit à la partie externe ; ces plaques ont dû se produire tout à fait dans les derniers moments de la vie, car elles ne présentent pas la couleur et l'aspect des plaques de gangrène gazeuse déjà vieille. Elles sont mal limitées, leur coloration est encore peu intense. Odeur gangreneuse caractéristique. Les fils à suture enlevés, on examine la plaie. Elle est entièrement recouverte d'une sanie épaisse, rougeâtre assez abondante. On n'y trouve pas de véritable pus.

ORSERVATION V

Myxome de la face interne du bras droit. — Ablations, récidives. — Trente-six opérations. — Désarticulation du membre. — Petites masses myxomateuses dans le moignon deltoïdien et dans le grand dorsal. — Mort près de trois ans après la désarticulation de l'épaule, très probablement par généralisation viscérale. (Observation due à l'obligeance de M. le docteur PONCET.)

Le malade qui fait le sujet de cette observation a été vu et opéré un grand nombre de fois ; une première fois par M. Gailleton, puis par MM. Ollier et Poncet ; il a fait divers séjours soit à l'Hôtel-Dieu, soit à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Claude Cottet, né à Longié (Rhône), demeurant à Collonges, près Lyon, où il exerce la profession de cultivateur.

Lorsqu'il se présente pour la première fois à l'Hôtel-Dieu dans le courant de l'année 1878, il est âgé de 61 ans.

Homme très fort, très vigoureux, d'une taille bien au-dessus de la moyenne.

Bonne santé antérieure. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ou personnels.

Il y a six mois, il vit se développer à la face interne du bras droit, une petite tumeur qui tout en étant indolente, grossit peu à peu, et acquit en six mois le volume d'un œuf. M. Gailleton en pratiqua alors l'ablation. L'opération fut des plus simples, elle eut lieu sans anesthésie. Au bout d'un mois, apparition d'une nouvelle tumeur, nouvelle ablation par M. Ollier ; récidive peu de temps après, autre ablation par ce chirurgien.

Lorsque M. Poncet vit le malade pour la première fois, au mois d'août 1878, il sentait plusieurs petites tumeurs indolentes, situées à la partie moyenne du bras, au-dessous du bord interne du biceps, le long de la gaine vasculo-nerveuse. Le malade étant étherisé, M. Poncet enleva ces diverses tumeurs indépendantes les unes des autres et comme enkystées dans divers points de la gaine vasculaire ; les nerfs furent disséqués ainsi que les vaisseaux, sur une certaine hauteur, et les masses myxomateuses énuclées avec facilité ; elles étaient constituées par un tissu muqueux de teinte citrine, se laissant facilement écraser avec les doigts. Ces masses gélatiniformes enlevées donnaient dans la paume de la main en leur imprimant des mouvements la sensation d'hydatides.

Les suites opératoires furent comme dans les autres interventions, des plus simples : il y eut toujours réunion par première intention.

Du mois d'août 1878 au mois de décembre 1881, époque à laquelle M. Poncet lui pratiqua la désarticulation de l'épaule, le malade subit trente-cinq opérations : neuf furent faites par M. Ollier, les vingt-cinq autres par M. Poncet.

Quelques mois, quelques semaines, après une ablation cependant complète, une récidive survenait au voisinage de la cicatrice. Le malade venait alors se faire opérer ; le plus souvent il n'entrait pas à l'hôpital, confiant dans la simplicité des suites, dans la rapidité de la cicatrisation, il partait après l'opération, et après quelques jours pouvait, tout au moins pendant un certain temps, reprendre ses occupations pénibles.

Ainsi que le notait M. Pollosson, alors chef de clinique de M. Ollier, les tumeurs siégeaient au bras, à la partie interne et un peu postérieure. A chaque opération, elles étaient constituées par cinq ou six nodules d'un tissu muqueux accompagnant les nerfs, les vaisseaux, puis on trouvait dans le triceps des masses de même nature.

Chaque fois, le tissu pathologique dont les caractères macroscopiques n'avaient point changé, gagnait du terrain et s'avait du côté de l'aisselle.

Dans les derniers mois de 1881, les tumeurs enlevées ne se présentaient pas tout à fait sous le même aspect que les précédentes ; elles étaient plus solides, plus résistantes au toucher, leur coloration moins uniforme en certains points, elles avaient une teinte grisâtre. L'examen histologique pratiqué, à cette époque, par M. Pollosson, montra qu'il s'agissait d'un myxome à petites cellules rondes et à cellules étoilées avec ilots adipeux.

Le développement de ces masses néoplasiques ne s'accompagnait d'aucune douleur ; elles déterminaient cependant une gêne fonctionnelle de plus en plus marquée ; gêne due, en grande partie, à l'ablation répétée de fractions étendues du triceps, du brachial antérieur.

Lorsqu'au mois de décembre 1881, le malade entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet, la récurrence avait pris des proportions colossales, et une tumeur bosselée, du volume au moins d'une tête d'enfant de dix ans, occupait toute la face interne du bras, jusqu'à l'aisselle qui est cependant libre et dans laquelle on ne trouve point de ganglion. La peau qui recouvre la tumeur n'est ulcérée sur aucun point, mais sillonnée par les cicatrices des nombreuses opérations antérieures, elle présente un aspect éléphantiasique des plus bizarres. La main et l'avant-bras sont le siège d'un œdème constant. Le malade se plaint d'une sensation de pesanteur, de compression ; depuis quelques semaines il ne peut travailler,

Le 18 décembre 1881, M. Poncet pratique la désarticulation de l'épaule ; il fait préalablement la ligature de l'axillaire avec du catgut, et pour amputer dans les tissus sains, il est obligé de tailler un lambeau postéro-externe ; le membre désarticulé, on peut s'assurer que nulle part, soit du côté du lambeau, soit du côté de la paroi thoracique, il ne restait de tissu malade.

Drainage de la plaie. Sutures. Pansements antiseptiques.

Les jours qui suivirent, la température ne s'élevait pas au-dessus de 38°, le drain fut enlevé le sixième jour, la réunion par première intention avait eu lieu, malgré l'âge du malade, dans presque toute l'étendue de la plaie. Le dixième jour le malade se levait ; le douzième jour, une hémorrhagie des plus abondantes se produisit au milieu de la nuit par l'angle inférieur de la plaie.

L'interne de garde crut à une hémorrhagie de l'axillaire, il fit de la compression locale, en même temps qu'il comprimait la sous-clavière sur la première côte. — L'hémorrhagie s'arrêta, mais le malade qui avait perdu une grande quantité de sang resta très

faiblè. Pendant les jours qui suivirent, il fut condamné au repos le plus complet, on se tint prêt, le cas échéant, à lier la sous-clavière, mais l'hémorrhagie ne reparut pas.

Au mois de février 1882, le malade quittait l'Hôtel-Dieu, son état général était bon, et il n'y avait localement aucune trace de récédive.

Au mois de septembre 1882, M. Poncet étant absent de Lyon, le malade vint souvent à l'Hôtel-Dieu, se montrer à M. Pollosson. A cette époque, il restait encore une fistulette, dernier vestige de la plaie opératoire, le malade accusait des douleurs violentes dans la paroi thoracique correspondante, les douleurs simulaient des névralgies intercostales des espaces situés à peu près au niveau de la plaie de la désarticulation, ces souffrances n'étaient calmées que par des injections répétées de morphine.

M. Poncet vit le malade au mois de décembre de la même année, et le fit entrer dans son service à l'Hôpital de la Croix-Rousse, où il séjourna du 15 décembre 1882 au 11 janvier 1883. — Il fut, pendant tout ce laps de temps examiné avec grand soin, nulle part sur la paroi thoracique on ne trouva de tumeur, une masse myxomateuse du volume d'une petite noix développée au-dessous de la peau dans le lambeau deltoïdien fut enlevée à cette époque. — Cette tumeur d'une teinte gris jaunâtre, paraissait à l'œil nu constituée par un tissu myxo-lipomateux.

Le malade dont l'état général était moins bon que par le passé, se plaignait de douleurs extrêmement pénibles dans la paroi thoracique droite, à l'épigastre, il localisait mal ses sensations douloureuses, accusait un sentiment de gêne, d'angoisse, en même temps que des souffrances très vives, s'opposant à tout repos et que des injections de morphine à doses élevées seules pouvaient calmer.

L'examen de cœur et des poumons fait à diverses reprises ne révéla aucune particularité. — On supposa des masses myxomateuses dans la médiastin sur le trajet des nerfs intercostaux, mais aucun signe positif ne vint donner plus de valeur à ce diagnostic.

Le malade s'affaiblissant à l'hôpital et ne retirant aucun bénéfice d'une médication interne, fut renvoyé à la campagne, il partit muni d'une seringue de Pravaz et d'une solution de morphine.

Il revint dans les salles de M. Poncet, le 18 mai de la même année, et y séjourna pour la dernière fois, du 18 mai au 2 juin. — Il était alors amaigri, les douleurs étaient encore plus continues, plus intolérables que par le passé. A droite, matité à peu près complète dans toute l'étendue du poumon, à l'auscultation plus de murmure respiratoire. — A quelques centimètres au-dessous de la cicatrice, petite

tumeur myxomateuse paraissant développée dans le grand dentelé.

Le malade meurt chez lui, quelques semaines après, dans le courant du mois de juillet 1883.

Malgré toutes les précautions prises par M. Poncet, on n'a pu parvenir à faire l'autopsie.

L'observation de Claude Cottet est particulièrement remarquable au point de vue de la tendance extrême aux récidives qui ont nécessité trente-sept opérations, récidives qui paraissent avoir entraîné la mort par généralisation viscérale ; et au point de vue de la grande plasticité du patient, dont toutes les plaies n'ont jamais suppuré, et se sont réunies par première intention.

OBSERVATION VI

Service de M. AUGAGNEUR

Myxo-Sarcome développé dans le tissu cellulaire du creux poplité du côté droit.

Morel Marguerite. 41 ans, célibataire, tisseuse, née à Burdigues (Loire), demeurant à Bourg-Argental (Loire), entrée le 23 mai 1884, dans le service de M. Augagneur, salle Saint-Paul, n° 76.

Pas d'antécédents héréditaires ou pathologiques. — Huit mois environ avant l'opération, la malade en se baissant, sentit comme une piqure à la partie postérieure de la cuisse, et y portant la main, constata la présence d'une tumeur. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, on trouve à la partie postérieure du creux poplité, une tumeur du volume d'un gros poing ; molle mais non fluctuante, sans altérations de la peau qui glisse sur elle. La tumeur empiète un peu en dedans et en dehors sur les muscles de la cuisse, auxquels elle paraît adhérer. — La marche est possible, mais un peu gênée, la malade se plaint de picotement dans la jambe correspondante. Pas de ganglions dans l'aîne. — Facies et état général bon.

27 mai. — *Opération.* Anesthésie par l'éther. Bande d'Esmark. Incision longitudinale suivant l'axe du creux poplité. On rencontre le tissu néoplasique sous l'aponévrose. Il est situé en arrière du faisceau vasculo-nerveux auquel il adhère. Il faut se livrer à une

véritable dissection de ce faisceau. Sur les côtés, la tumeur envoie des prolongements dans les espaces intermusculaires des parois du creux poplité, la dissection se fait autant avec le doigt qu'avec le bistouri, on énuclée une série de lobules sur la disposition desquels nous reviendrons tout à l'heure. L'Esmark enlevé, on n'a à lier que quelques vaisseaux insignifiants, malgré le voisinage de l'artère. Les suites de l'opération sont très simples, la cicatrisation marche rapidement, et la malade sort un mois après de l'Hôpital, la plaie presque fermée. A ce moment on sentait, au dire de M. Augagneur, une tuméfaction faisant déjà craindre la récurrence, qu'il n'était cependant pas permis d'affirmer.

Nous avons pris des renseignements sur l'état actuel de cette malade, et voici ce qui nous a été répondu :

Pendant les 6 à 7 mois qui ont suivi sa sortie de l'Hôpital, elle a marché, souffrant toujours un peu dans le creux poplité. Au bout de ce temps la marche serait devenue impossible, et actuellement on trouverait des tumeurs dans le creux poplité. Cette récurrence affirmée par la malade, nous est confirmée par une lettre de son médecin, M. le Docteur Moulin, de Bourg-Argental, qui signale l'existence d'une tumeur lobulée dans cette région.

Examen de la tumeur. A l'œil nu, cette tumeur paraît composée d'un tissu exclusivement muqueux, c'est une gelée molle, tremblotante qui présente dans son ensemble une disposition curieuse. La tumeur est composée d'un grand nombre de lobules, du volume d'une noisette, d'une petite noix qui rayonnent autour d'une masse centrale. C'est comme une espèce de grappe, rappelant la disposition souvent figurée du myxome du placenta. Ces lobules paraissent entourés d'une mince capsule. Leur coloration est variable. Les uns sont comme une gelée transparente, les autres colorés en rose comme de la gelée de groseilles, les troisièmes légèrement jaunâtres lipomateux. Ces derniers sont plus consistants. Rappelons que les muscles eux-mêmes n'étaient pas envahis, mais isolés dans leurs cloisons celluleuses, par le tissu de la tumeur sous forme de nids.

Examen histologique. — A la coupe, on voit un tissu composé de cellules rondes, petites, jeunes, sans dégénérescence ; par place elles se touchent toutes, dans d'autres points, elles sont séparées par une assez grande quantité de substance intercellulaire. Nulle part on ne constate de cellules étoilées ; ce qui frappe, c'est la pauvreté vasculaire de la tumeur.

OBSERVATION VII

Myxo-sarcome du bras. — Deux récidives. — Désarticulation sous-périostée de l'épaule. (Comm. par M. OLLIER.)

Chavanis, âgé de 53 ans, employé d'administration, né à Grandris (Rhône), demeurant à Lyon, entre le 21 juin 1884 à la salle Saint-Sacerdos, n° 26, service de M. le professeur Ollier.

Dans sa famille, on ne trouve pas d'antécédents néoplasiques. Sa mère est morte de coliques de miserere. Son père est mort à 63 ans, de maladie inconnue. Deux frères ou sœurs morts en bas âge. Deux sœurs en bonne santé.

Chez le malade lui-même, pas d'antécédents pathologiques, pas de maladies vénériennes. Bonne santé habituelle, sauf quelques douleurs rhumatoïdes dans les articulations.

Il y a 18 mois environ, il souffrait de ces douleurs dans l'épaule, lorsqu'il vit une tuméfaction se produire sur la face antérieure du bras, à 4 centim. environ au-dessus du pli articulaire. Il n'y prit pas garde d'abord, et ce n'est que lorsque la tuméfaction eut atteint un énorme volume, qu'il se décida à consulter un médecin. A ce moment, la tumeur avait envahi toute la face antérieure du bras. Elle se présentait sous la forme d'une tuméfaction, occupant le bras dans sa totalité, au point de doubler son volume.

Elle était régulière, sans bosselure, de la consistance d'un ballon de caoutchouc assez tendu : plus dure en d'autres points, elle avait la consistance d'un muscle qui se contracte. Développée sans douleur, elle était encore indolente, soit spontanément, soit à la pression. Pas de ganglion dans l'aisselle. Le malade fut opéré par M. Letiévant, qui pratiqua l'ablation de la tumeur le 17 octobre 1883, huit mois après le début de l'affection. Suites opératoires très simples. Cicatrisation complète au bout de trois semaines.

Après cette première intervention, le malade se servait très bien de son bras, et il put travailler pendant un mois et demi. Mais au bout de ce temps, récidive sur la face antérieure du biceps, en même temps qu'un petit noyau se montrait au pli du coude. Dès lors, la marche de la tumeur fut plus rapide que lors de l'apparition de la maladie : du reste, les symptômes subjectifs étaient les mêmes, il n'y eut jamais de douleurs bien vives, ni de phénomènes de compression. Le 23 mars 1884, le malade entra à l'Hôtel-Dieu

dans le service de M. Pollosson. La tumeur était alors volumineuse, son volume était cependant moindre que lorsqu'il fut opéré pour la première fois.

OPÉRATION. — 28 mars 1884. — Anesthésie par l'éther. Opération par M. Pollosson. Longue incision le long de la face interne du bras. Une partie de la tumeur, la plus inférieure est sous-cutanée ; elle s'étend plus haut, le long du bord interne du biceps et du paquet vasculo-nerveux. La veine céphalique est coupée, l'artère humérale et le nerf médian sont disséqués... Plus haut, la tumeur est intra-musculaire, elle a envahi le muscle brachial antérieur sous forme d'une gelée presque liquide. Le chef interne de ce muscle est complètement enlevé jusqu'au périoste. Aucun nerf important n'a été coupé, une vaste cavité est creusée à la partie interne du bras. La peau est recousue. Drains s'engageant dans la cavité. Suites opératoires très simples. En 25 jours, cicatrisation complète. La vaste anfractuosité se combla si rapidement qu'on ne pût s'empêcher de croire à sa réplétion par du tissu néoplasique récidivé : cependant la cicatrisation fut complète. Un mois après, la récidive était évidente, et M. Pollosson engagea le malade à se faire désarticuler le bras.

Le malade s'y décida au mois de juin seulement. M. Pollosson le conduisit alors chez M. Ollier, qui pratiqua la désarticulation de l'épaule.

A ce moment, tumeur volumineuse occupant tout le segment inférieur du bras, avec diverticule au niveau du pli du coude, la tumeur est multilobée à sa surface et présente une consistance assez notable.

Pas de changement de coloration de la peau. Cicatrices des opérations précédentes. La force de flexion des doigts est diminuée d'une façon notable.

La sensibilité de l'avant-bras n'a subi aucune modification, la sensibilité tactile, thermique et à la douleur sont parfaitement identiques des deux côtés. Le malade signale du côté atteint, une sécrétion sudorale exagérée. L'artère radiale droite présente des pulsations un peu diminuées dans leur amplitude.

Pas de ganglions dans l'aisselle.

21 juin 1884. — Opération. Anesthésie à l'éther. Pas d'Esmark.

En raison de ce fait, qu'il s'agit d'une tumeur des parties molles et non pas de l'os, M. Ollier se décide à pratiquer une désarticulation sous-périostée. Incision antéro-externe, mise à nu de l'humérus qu'on attaque au détache tendons, et que l'on ne quitte plus jusqu'à ce que l'articulation ouverte et la tête luxée, on l'ait largement dépouillé de son périoste, jusqu'au niveau de la section des parties

molles. Celles-ci d'ailleurs, ont été exactement taillées comme pour l'opération de Larrey.

L'artère principale est coupée entre deux ligatures, et toute l'opération, pratiquée avec un bistouri et un détache-tendon, n'a pas été accompagnée d'hémorrhagie sensible; les artères étaient liées à mesure qu'on les coupait.

Durée de l'opération, vingt minutes au maximum. La plaie est tapissée, dans sa plus grande étendue, par du tissu fibreux; les interstices musculaires ne sont pas ouverts. On peut espérer des suites simples.

Toutes les précautions antiseptiques ont été prises. Pansement phéniqué et iodoformé.

Examen de la pièce. — Masses myxomateuses typiques, disséminées au milieu des muscles, leur adhérent en des points multiples, de telle sorte que la dissection de la tumeur oblige à les entamer. De plus, la gaine vasculaire est envahie par de petits noyaux myxomateux qui forment une trainée sur le bord interne du biceps. La désarticulation a largement porté au-dessus du mal.

Point de départ impossible à déterminer. On peut se convaincre que l'énucléation de la tumeur eut été absolument impossible.

23 juin. — Le malade va bien. Pas d'hémorrhagie. Pas de douleur. Il a dormi une partie de la nuit.

4 juillet 1884. — Le malade quitte l'hôpital. Il reviendra de temps en temps se faire panser.

AOÛT. — La cicatrisation de la plaie opératoire est complète.

Mai 1885. — Le malade a été revu: son état général est bon. Il a repris ses occupations. A la partie de son moignon recouverte par les poils de l'aisselle, on remarque une petite bosselure, rouge et douloureuse qui n'est autre qu'un petit abcès. On ne constate pas de trace de récurrence. Le malade ne souffre en aucun point de son moignon.

EXAMEN DE LA TUMEUR

Nous avons parlé plus haut de ses rapports, nous ne nous occuperons ici que du tissu. A l'œil nu, c'est par place l'aspect du sarcome, mais sur une plus grande étendue celui du tissu muqueux, masses gélatineuses, de colorations diverses; par points, c'est plutôt un liquide gluant qu'un tissu solide.

Au microscope, l'on trouve :

1° Du sarcome à petites cellules et à cellules fusiformes;

2° Des points où les cellules rondes sont écartées par une substance intercellulaire abondante.

3° Des fibrilles conjonctives comme dissociées par un liquide; aspect analogue à celui que donne la boule d'œdème.

Dans les points où la tumeur envahit le muscle, on voit les faisceaux musculaires comme dissociés par un tissu œdémateux de même aspect que celui que nous venons de signaler.

OBSERVATION VIII

Myxome de la jambe. — Ablation

Douris-Begon (Claude), 43 ans, aiguiser de rasoirs, demeurant à Lombard, près Thiers (Puy-de-Dôme), entré à l'Hôtel-Dieu, opéré par M. le professeur Poncet le 28 octobre 1884. (Personnelle).

Rien à noter, du côté de l'hérédité, son père est mort subitement à 68 ans, sa mère, âgée de 81 ans, est encore vivante et très robuste. Lui-même a 4 enfants qui se portent bien.

A l'âge de 8 ans, il eut au pouce droit une lésion de nature inconnue, une incision fut nécessaire; depuis lors, les fonctions de ce doigt sont fort incomplètes. Il y a 5 ans 1/2, lygroma du genou gauche, traité avec succès par une incision. Cette affection peut être attribuée à la profession du malade, qui l'oblige à travailler couché à plat ventre. Pas d'excès alcooliques.

Le début de l'affection pour laquelle il entre à l'Hôtel-Dieu remonte à l'année 1880. Cette année, le malade vit apparaître au-dessous de la malléole externe une tumeur qui avait le volume et la forme d'une noisette, le jour où il s'en aperçut. L'année suivante, d'autres petites tumeurs apparurent dans le voisinage, de sorte que trois ans après le début de l'affection, l'ensemble de toutes ces grosseurs constitua une tumeur d'un volume considérable. Le tout s'était formé sans provoquer de douleur, et actuellement encore le malade peut marcher sans difficulté d'aucune sorte; c'est ainsi que, deux jours avant l'opération, il put se promener toute la journée à Lyon, sans éprouver dans la jambe malade plus de fatigue que dans l'autre. Diverses applications révulsives ou dérivatives avaient été faites sans succès, le volume de la tumeur inquiétait le malade et sa marche envahissante, en dehors de tout phénomène douloureux, le décida à venir se faire opérer.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la tumeur est considé-

nable ; elle constitue derrière la malléole externe une série de tuméfactions à consistance peu ferme, formant une trainée qui se propage en haut suivant la direction des muscles péroniers, pour aller se confondre avec les muscles du mollet.

Cette tumeur ressemble beaucoup à celle que pourrait constituer une synovite développée sur les gaines des muscles péroniers. Cependant, sa consistance différente et sa prolongation en haut jusque dans le mollet suffisent pour écarter cette hypothèse. Un peu d'œdème dans le voisinage.

29 octobre. — Opération. — M. Poncet pratique l'ablation de la tumeur. L'opération est assez pénible, la tumeur se confondant par points avec les muscles, des fragments de ceux-ci ont dû être enlevés. Mais, comme dans d'autres points, la tumeur est encapsulée, M. Poncet espère que l'ablation aura été complète. Les suites de l'opération étant bonnes, un pansement est appliqué avec beaucoup de soin, et le malade, renvoyé chez lui, au bout de peu de jours (le 4 novembre), ne doit l'enlever que dans un mois.

A cette date le pansement fut enlevé et la cicatrisation s'opéra.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis soit par le Dr Dumas, soit par le malade, on aurait constaté un mois après l'opération, l'existence d'une tumeur superficielle qui fut énucléée, et à la suite de quoi la cicatrisation se fit.

Actuellement le malade marche aidé d'une béquille et d'un bâton, il éprouve seulement dans sa jambe quelques crampes ou engourdissements.

En somme, d'après ces renseignements, il est difficile de dire s'il y a ou non récurrence actuellement. Toutefois, l'existence de la tumeur extirpée par M. Dumas, et la gêne fonctionnelle actuelle accusée par le malade, nous font craindre qu'il en soit ainsi.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

C'est un type de myxome lipomateux. Cellules étoilées séparées par une substance très abondante ; quelques-unes de ces cellules présentent l'aspect de cellules araignées. En certains points on trouve des fibres du tissu conjonctif, séparées par la substance muqueuse. On rencontre aussi des cellules adipeuses, tantôt en petit nombre, isolées au milieu de la substance muqueuse, tantôt constituant des îlots considérables.

OBSERVATION IX

Myxome de la cuisse. — Deuxième récurrence. — Ablation.
(Personnelle).

Micoud, Joseph, 27 ans, tuilier, né à la Folatière (Ain), demeurant à Saint-Jean-d'Avelane (Isère), entre le 22 février 1885 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis. Service de M. Pollosson.

Ce malade, porteur d'une tumeur à la cuisse droite, revient pour une deuxième récurrence.

Le début de sa maladie remonte à l'année 1882. Une première opération fut pratiquée en mars 1883, par M. Létievant. La tumeur datait alors de quinze mois.

Récurrence trois mois après, et deuxième opération pratiquée par M. Pollosson à l'Hôtel-Dieu, en mars 1884.

Récurrence deux mois après.

Ce malade revient donc à l'hôpital pour une récurrence *in situ*. On constate, en effet, à la partie interne et au-dessus de la partie moyenne de la cuisse gauche, suivant en quelque sorte la direction de l'artère fémorale, une tumeur allongée dans le sens de l'axe du membre, mesurant vingt centimètres environ de long dans le sens vertical, avec un diamètre transversal variable, mais ne dépassant en aucun point six à sept centimètres.

Cette tumeur est formée par une série de grosseurs arrondies se suivant dans le sens de la longueur et placées côte à côte, de nombre et de volume variés suivant le point considéré. Elles forment trois lobes principaux, distincts l'un de l'autre, divisés en lobes secondaires qui apparaissent sous forme de saillies arrondies.

La consistance de la tumeur présente une certaine mollesse, et en l'explorant avec la main on se rend compte, avec beaucoup de facilité, des saillies arrondies déjà signalées; il est en outre possible de constater que ces saillies sont tantôt assez distinctes de leurs voisines, tantôt tendent à se confondre avec elles; mais, en aucun cas, ne forment une tumeur absolument isolée. La consistance est assez uniforme, sauf en un point où il existe un lobule du volume d'une noisette, beaucoup plus mou.

La peau, sans présenter une mobilité bien grande, ne paraît pas cependant adhérer en aucun point à la tumeur. Elle a, du reste, son

aspect normal sur la plus grande partie de l'étendue qui recouvre la tumeur, sauf sur le point dont nous avons signalé la plus grande mollesse. Là, elle est un peu rouge. Ce même point, à l'encontre des autres, est un peu douloureux quand on le comprime. Enfin la peau est sillonnée par quelques veines superficielles variqueuses. En dedans de la tumeur on voit, provenant des opérations antérieures, une cicatrice dont la longueur égale à peu près celle de la tumeur actuelle; elle est dirigée dans le même sens que la tumeur, lui sert de limite sur la plus grande partie de son étendue, mais empiète sur la masse morbide elle-même à sa partie inférieure.

Pas de ganglions dans l'aîne. Le tout a évolué, sans produire de douleurs ni de gêne notable.

28 février. — Anesthésie par l'éther. Précautions antiseptiques. M. Pollosson, à l'aide d'une grande incision ovale, circonscrit toute la tumeur, afin d'enlever avec elle la peau qui la recouvre. L'opération est assez laborieuse, car elle nécessite une dissection longue et minutieuse qui met à nu une partie du muscle couturier et droit interne de la cuisse, dissection qui ne peut être faite qu'avec prudence, étant donnée le voisinage du paquet vasculo-nerveux de la cuisse. La tumeur est enlevée en totalité.

Quelques points de suture sur la partie inférieure de la vaste plaie opératoire, sinon dans le but de produire la réunion immédiate, tout au moins de favoriser la réparation et la cicatrisation, en réduisant l'étendue de la surface cruentée.

Pansement antiseptique, iodoforme, gaze phéniquée, coton salicylique.

5 mars. — Bon état de la plaie.

10 mars. — Les fils n'ont pas tenu, sauf les plus inférieurs, la plaie tout entière est couverte de bourgeons charnus de très bel aspect.

20 mars. — Le malade peut partir.

Examen macroscopique de la tumeur. — La tumeur a été enlevée avec la peau qui la recouvre, et avec laquelle elle ne semble pas avoir contracté d'adhérence. L'aspect général du néoplasme, rappelle exactement celui qui avait été constaté avant l'ablation. Mais cependant sa disposition lobulée apparaît d'une façon plus nette, et l'on peut voir qu'elle est entièrement constituée par une série de lobules, dont deux seulement ont le volume d'un œuf de pigeon; les autres sont de moindres dimensions, d'autres enfin ont à peine le volume d'une petite bille et même d'un pois. Tous ces lobules ont une consistance faible.

Le tissu du derme tend à former à la tumeur comme une capsule assurément très imparfaite, mais sur la face profonde le tissu néoplasique est à nu.

Des deux lobes, les plus volumineux précédemment signalés, l'un est constitué par une masse peu consistante se laissant facilement pénétrer par le doigt, n'opposant aucune résistance au scapel qui tranche le tissu avec une extrême facilité en produisant une section nette.

Si l'on promène le doigt sur la tumeur, il est mouillé par un liquide filant, muqueux. D'une façon générale, le tissu de ce lobe a l'aspect d'une solution de gélatine très concentrée. Vue de plus près, la surface présente sur un fond un peu transparent des points plus opaques.

Le deuxième lobe est analogue, mais il offre une différence consistant en une teinte générale plus rosée, teinte qui prend dans certains points un aspect très foncé. Le tissu est même par places un peu grenu.

A côté de ces lobes, qui ont en somme une structure assez homogène, au moins quand on les examine rapidement, il existe un nombre très considérable de lobes plus petits constitués par une substance dont la consistance est analogue à celle des deux lobes précédents, mais qui présentent des différences considérables sous le double rapport de l'aspect et de l'arrangement.

Deux aspects doivent être notés; par places, la substance néoplasique est entièrement blanche, et rappelle d'une façon extrêmement frappante la matière cérébrale blanche; ailleurs, elle se rapproche de celle qui constitue le premier lobe décrit, nous l'avons comparée à de la gélatine. A côté de cette rapide description, nous pourrions ajouter celle de plusieurs autres lobules, mais la masse qui les constitue, paraît, en quelque sorte, être dérivée des précédentes, et n'en différer probablement que par la quantité, plus ou moins grande, de sang qu'elle contient, suivant les points examinés. Certains lobules ont même un aspect hémorrhagique très marqué.

Au point de vue du mode d'arrangement, il faut signaler de grandes variétés, une absence d'homogénéité très marquée, les substances d'aspect différent, que nous avons décrites se mêlant et se confondant dans des rapports variés.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

L'examen histologique sur les coupes que nous avons faites au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, nous a permis de constater la structure suivante.

Tissu constitué par des éléments cellulaires petits, les uns arrondis, les autres étoilés et à prolongements anastomosés. Partout substance intercellulaire assez abondante. Sur quelques points se

trouvent des agglomérats de cellules adipeuses sous forme d'îlots, au milieu du tissu myxomateux. Sur d'autres points, îlots de globules rouges du sang, ou substance intercellulaire (peut être fibrineuse), d'une couleur jaunâtre. Ce dernier aspect correspond aux fragments de tissu, qui présentaient une teinte rosée à l'œil nu. Les points qui présentaient une teinte gélatineuse, offrent au microscope l'aspect du myxome vulgaire à petites cellules sans épanchements sanguins. Les préparations où l'on trouve des cellules adipeuses, correspondent aux points de la tumeur d'un aspect blanc-grisâtre (aspect de la substance cérébrale).

D'après les renseignements que nous avons pu recueillir sur l'état du malade, au mois de juin dernier, et que nous devons à l'obligeance de M. Ambroix, médecin à Pont-de-Beauvoisin, il n'y aurait pas de récédive.

Le malade, tuilier et condamné du fait de sa profession à pétrir de la terre humide, souffre de quelques douleurs rhumatismales au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, mais en outre, les mouvements forcés que nécessite un pareil travail, provoquent un peu de douleur dans la cicatrice.

Nous avons reçu de M. Poncet, malheureusement trop tard pour pouvoir en tirer profit, les deux observations suivantes, et la note qui les suit, avec les deux gravures qui s'y rapportent et que nous donnons à la fin de notre thèse.

OBSERVATION X

*Myxo-lipôme de la cuisse droite. — Ablation de la tumeur.
Gangrène foudroyante. — Mort.*

Emilie Renaud, âgée de 48 ans, entre à la salle Sainte-Anne, le 8 février 1866. Début de la maladie, il y a 5 ans. Jamais de douleur;

pas de gêne dans la marche ; point de ganglions ; état général ne laissant rien à désirer.

Depuis deux ans, augmentation notable du volume de la tumeur. Cette dernière s'étend depuis le pli de l'aîne jusqu'au creux poplité ; elle est complètement indépendante du fémur, mobile en masse, mais complètement fixée dans les mouvements d'extension forcée. Elle est sous-aponévrotique et complètement fixée par la contraction des droits internes et des adducteurs. — Peau ayant conservée sa coloration et sa mobilité normale. Tumeur dure, bosselée, de consistance inégale, en quelques points fausses fluctuations.

Opération. — Tumeur profondément située ; développée dans les interstices cellulaires. Extirpation laborieuse.

Le lendemain, gangrène des lambeaux ; le même soir gangrène foudroyante. Mort dans la nuit.

Cette tumeur fut l'objet d'une communication à la Société des Sciences médicales de Lyon, en février 1876. Nous en trouvons le compte rendu suivant dans le *Lyon Médical* du 14 mai 1876.

M. A. Poncet présente un lipôme-myxomateux du poids de 5 kilogrammes, enlevé dans le service de la clinique chirurgicale par M. Valette.

Le début remontait à 5 ans. La tumeur s'était développée chez une femme de 48 ans, et occupait toute la région postéro-interne de la cuisse droite ; elle s'étendait depuis le pli de l'aîne jusqu'au creux poplité. Les muscles couturier, droit interne, les adducteurs recouvraient la tumeur ; lorsque la jambe était fléchie sur la cuisse, mobilité ; fixation absolue au contraire dans l'extension forcée.

M. Poncet insiste sur le caractère histologique de cette masse morbide ; il rappelle que Virchow rapporte 5 cas semblables. Dans certaines parties, on se trouve en présence d'un lipôme pur, dans d'autres points, au contraire, le tissu muqueux l'emporte. Il est possible qu'au début la tumeur ait été grasseuse et que plus tard la graisse ait été remplacée par du tissu muqueux. Le tissu muqueux et le tissu adipeux sont du reste des tissus équivalents et l'on voit souvent le second subir la transformation grasseuse.

OBSERVATION XI

Myxo-lipôme de la partie supérieure de la cuisse gauche.

Pas d'opération. — Mort.

Cornet Albin, né au Theil (Ardèche), demeurant au Theil (Ardèche); profession: menuisier, âgé de 53 ans, entré le 13 mai 1881, dans la salle Saint-Sacerdos, n° 46, sorti le 17 mai 1881.

Antécédents héréditaires nuls. Ce malade a eu 4 enfants, un est vivant, les trois autres sont morts; l'un à 9 mois du croup, les deux autres à 2 ou 3 mois d'affection ignorée.

Cet homme étant au service militaire fut opéré d'une tumeur siégeant dans la région dorsale. Il ne donne à ce sujet aucun renseignement précis, quoiqu'il ait eu la tumeur entre les mains; 15 jours après l'opération, le malade reprenait son service. L'examen du corps du malade nous montre des *molluscum* sur différentes parties du corps, et à la partie interne de la partie supérieure du membre abdominal gauche, une tumeur variant de consistance suivant l'état de contraction ou de relâchement des muscles de la région.

A la partie antérieure et supérieure de la cuisse, on voit une énorme tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte. Cette tumeur a commencé il y a 5 ans; le malade s'aperçut à cette époque d'une tumeur grosse comme un œuf de perdrix, siégeant un peu plus bas que l'arcade crurale. On crut d'abord à une hernie. Mais la tumeur continua d'augmenter et au bout de 3 ans, elle avait acquis le volume d'un poing. Cette dernière année, la tumeur prit un développement considérable, égal à celui des trois ou quatre premières années. En même temps les douleurs que le malade ressentait à la fin de ses journées de travail, augmentèrent d'intensité et s'irradièrent vers la partie inférieure de la cuisse. Le malade qui, dit-il, était un chasseur remarquable, dut cesser ses courses dans les forêts et les garigues.

Aujourd'hui la marche s'effectue passablement, mais avec une certaine fatigue. La tumeur nous apparaît bosselée, présentant une consistance fibreuse en certains points, presque fluctuante en d'autres. Elle semble mobile sur les parties profondes au premier abord; mais si l'on fait contracter les muscles de la région antérieure de la cuisse, la mobilité de la tumeur disparaît. L'aponévrose

fémorale est tendue, et l'on sent au-dessous de la tumeur une espèce de corde, gagnant la partie interne du membre inférieur. La surface de la tumeur est le siège d'un développement variqueux des veines superficielles.

Le malade debout, on constate, à la partie antero-interne de la cuisse gauche, ayant pour limite l'arcade crurale correspondante, une tumeur volumineuse dépassant le volume d'une tête d'adulte. La tumeur s'étend en bas jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; elle est étalée sur toute la partie supérieure et antero-interne. En dehors, elle ne dépasse pas une ligne abaissée de l'épine iliaque antero-supérieure; en dedans, elle empiète notablement sur la partie interne de la cuisse, refoulant le scrotum du côté opposé.

A première vue la tumeur qui a une forme arrondie, présente des bosselures de dimensions variables: quant à la peau, notablement distendue, elle a sa coloration normale, mais on y aperçoit des veines volumineuses abordant la tumeur par toute sa périphérie et s'étendant sur elle.

Si l'on cherche, le malade étant debout, à imprimer des mouvements, on constate l'absence à peu près complète de mobilité.

En haut, les limites de la tumeur sont plus difficilement appréciables, et quoique en apparence elles ne paraissent pas dépasser l'arcade crurale, par ses *masses profondes* elle paraît envoyer des prolongements du côté du canal crural. Elle présente une consistance inégale tout en donnant dans sa masse une sensation de rénitence, de fausses fluctuations à côté de bosselures dures, fibroïdes, on en trouve d'autres, et ce sont des plus nombreuses, qui donnent une sensation particulière de mollesse et même de vraie fluctuation. Il semble que quelques unes de ces nodosités sont constituées en partie par des kystes. Sur les parties périphériques de la tumeur la consistance paraît augmenter et l'on aperçoit très nettement, surtout en dedans, une sorte de corde fibreuse paraissant due au soulèvement de l'aponévrose par la tumeur. Quant le malade se contracte on voit nettement ses bandelettes aponévrotiques se dessiner autour de la tumeur, faire saillie sous le doigt et toute la masse faire corps avec les tissus sous-jacents. Toute mobilité a disparu. Lorsque l'on porte les doigts en dedans, dans le sillon génito-crural, le long de la branche Ischio-pubienne, on ne délimite pas le néoplasme et sans faire corps avec le bassin, il a cependant avec l'os sous-jacent des connexions immédiates.

Dimensions de la tumeur:

Diamètre longitudinal. 25 cent.

Id. transversal. 21 cent.

quant à la circonférence du membre elle est de 71 cent. au point

le plus saillant de la tumeur. Du côté de la cuisse opposée on a 44 cent. La peau du mollet et de la partie interne de la cuisse présente de nombreuses dilatations veineuses (varices cutanées). On observe également quelques veines sous-cutanées.

La tumeur n'est pas douloureuse dans sa masse ; cependant il y a quelques points où la pression est moins bien supportée.

Pas de signe de compression de la fémorale.

Tenant compte de l'étendue de la tumeur, de ses prolongements profonds, de ses rapports avec les vaisseaux fémoraux, M. Poncet ne crut pas devoir intervenir. Le malade quitta l'Hôtel-Dieu 4 jours après son entrée. On lui conseilla d'éviter autant que possible toute fatigue, tout travail pénible; on lui recommanda de porter un caleçon légèrement élastique pour éviter les frottements, pour soutenir la tumeur et en même temps exercer sur elle une certaine compression. On lui conseilla de revenir s'il éprouvait de la douleur et si la tumeur augmentait.

D'après les renseignements que nous devons à l'obligeance de M. le maire du Theil, ce malade est mort quatre mois après, probablement avec des accidents inflammatoires du côté de la tumeur.

Dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1881, sur les myxo-lipomes des membres à propos d'un malade porteur d'une énorme tumeur de ce genre (Cornet Albin, dont nous rapportons l'observation), M. le professeur Poncet appelait l'attention des élèves sur certaines particularités relatives à la marche; au développement de ces néoplasmes, à la gravité d'une intervention chirurgicale lorsque la tumeur a atteint un certain volume.

Deux fois, il a observé des lipomes myxomateux diffus de la cuisse, chez des sujets à peu près du même âge, 48 et 53 ans. Les tumeurs, qui avaient débuté dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique ou dans quelque interstice musculaire profond, avaient suivi la même

marche ; elles avaient mis cinq à six ans pour atteindre un volume considérable et ne déterminaient d'autres accidents qu'une gêne fonctionnelle, qu'une sensation de pesanteur dans tout le membre, dans la station, pendant la marche. A un moment donné, le développement avait été plus rapide, ce qui s'expliquerait, d'après M. Poncet, par un concours de causes plus ou moins bien définies, par les irritations fréquentes auxquelles de telles tumeurs sont soumises alors qu'elles ont atteint un certain volume, irritations dues aux frottements, aux tiraillements, au poids de la masse morbide.

M. Poncet faisait remarquer que ces tumeurs, par leur saillie, par leur mobilité pouvaient induire en erreur, quant à leur siège réel, tout au moins quant à leurs prolongements parfois très étendu au milieu des muscles, dans les couches cellulaires parostales, dans les gâines vasculo-nerveuses. Cette diffusion du néoplasme offre un grand intérêt au point de vue des difficultés que l'on peut rencontrer dans leur ablation, au point de vue de la gravité d'une intervention chirurgicale qui paraissait devoir être simple, en tenant compte seulement de quelques-uns des caractères apparents de la tumeur, gravité justifiée par l'étendue considérable de la plaie, par les décollements, par l'attrition des parties molles ambiantes, créant à la septicémie, à une gangrène diffuse, un terrain éminemment favorable.

Suivant M. Poncet, la gangrène serait la complication particulièrement redoutable après le traumatisme chirurgical. Il insistait, d'autre part, sur la tendance au sphacèle des tissus voisins que le bistouri respecte,

parce qu'au doigt et à l'œil ils paraissent sains, mais souvent, en réalité, malades déjà, envahis, infiltrés par le néoplasme. Leur vitalité est notablement amoindrie, ils présentent ainsi les meilleures conditions pour le développement du sphacèle. Ces noyaux à distance, ces fusées lointaines du néoplasme que l'examen histologique peut seul révéler, expliquent les récidives si communes, malgré de larges amputations de tout le tissu malade; assez souvent, du reste, lorsque la tumeur est volumineuse, les muscles sont envahis. L'excision des masses musculaires atteintes risque presque toujours d'être incomplète; dans tous les cas, elle aggrave notablement le pronostic immédiat.

L'amputation bien au-dessus de la lésion est souvent la seule ressource; à peu près toujours le sujet refusera une telle opération. Il est, en effet, peu incommodé par sa tumeur, elle a mis un temps relativement considérable pour se développer, il ne souffre pas, trouve la gêne fonctionnelle minime, et ne peut croire à la gravité de son affection en présence d'un état général excellent.

La plupart du temps, le chirurgien non prévenu de l'étendue réelle, de la profondeur du myxo-lipome, pourra croire une ablation possible; l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'intégrité de l'état général, militeront en faveur de la conservation, et cependant dans ces formes diffuses, l'amputation seule pourra souvent mettre à l'abri d'une récidive. Le pronostic immédiat est d'autre part beaucoup moins grave qu'après une extirpation.

A propos des myxomes des membres, M. Poncet

signalait l'extrême plasticité des malades porteurs de telles tumeurs. Souvent, dans son service, on a pu lui entendre développer l'opinion basée sur de nombreuses observations que les myxomateux, les carcinateux guérissent très rapidement, ils suppurent mal, et chez eux la réunion par première intention est la règle. L'observation de Cottet, opéré vingt-cinq fois par M. Poncet, et auquel il pratiqua en dernier lieu la désarticulation de l'épaule droite et dont la dernière plaie fut comme les précédentes guérie en quelques jours, vient à l'appui de cette manière de voir.

Chez les néoplasiques, M. Poncet a été maintes fois frappé de la plus grande tendance des plaies à la réparation. C'est chez les cancéreux, disait-il, que j'ai observé les plus belles réunions par première intention. Les plus plastiques, toutes choses égales, seraient par ordre les myxomateux, les sarcomateux, puis viennent les sujets porteurs de carcinome, d'épithéliome.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nous diviserons ce chapitre en deux parties : Dans la première, nous étudierons le myxome des membres en tant que tissu. Dans la deuxième, nous l'étudierons dans son siège, dans ses rapports et son évolution.

A. — Histologie du myxome diffus des membres.

Cette étude peut être faite à l'œil nu et au microscope.

1° Histologie macroscopique du myxome.

L'aspect et la consistance du tissu ne sont pas toujours les mêmes sur tous les points de la tumeur. Mais

le tissu prédominant dans tous les cas par nous observés, le tissu qui existe quelquefois seul, est remarquable par son aspect gélatiniforme ; c'est une gelée gluante de consistance et de coloration variables. Au point de vue de la consistance, tantôt c'est une masse gélatiniforme un peu dense, tantôt c'est un véritable liquide ; entre la gelée ferme *bien réussie* et la *gelée manquée*, on observe tous les intermédiaires. Cette glue rend les doigts visqueux et donne une impression désagréable et gênante dans le cours des opérations.

La coloration est différente, suivant les tumeurs et les points d'une même tumeur. La gelée est translucide ou opaque, ou blanchâtre ou jaunâtre, ou teintée en rouge comme de la gelée de groseille. Nous dirons tout à l'heure à quelle disposition histologique répondent ces divers aspects. Ils tiennent en partie à la nature des éléments cellulaires, ainsi que l'affirment les auteurs, mais aussi, croyons-nous, à des colorations par le sang épanché dans la substance intercellulaire.

Ce type de tissu, qu'on peut appeler le type muqueux, est le plus répandu ; quelquefois, surtout dans les tumeurs jeunes, il existe seul. Mais on peut trouver, par places, des points de tumeur qui présentent un extérieur différent et rappellent tantôt l'aspect d'une chair rosée assez consistante, tantôt l'aspect blanc grisâtre de la pulpe cérébrale, tantôt enfin la teinte jaunâtre du lipome ; d'où trois nouveaux types, les types sarcomateux, encéphaloïde et lipomateux. Mais notons que ces nouvelles variétés de tissu, non seulement ne sont pas constantes dans les

tumeurs dont nous nous occupons, mais encore ne se rencontrent qu'en proportions restreintes, surtout dans les tumeurs volumineuses et avancées dans leur évolution. Ces caractères les distinguent, à notre avis, des véritables tumeurs mixtes du tissu cellulaire, qui renferment du sarcome, de la graisse, du cartilage, et dans lesquels le tissu d'aspect muqueux n'occupe qu'une place restreinte.

On peut trouver au milieu des tissus que nous venons de décrire des foyers de ramollissement, des épanchements sanguins donnant à la tumeur une coloration plus ou moins noirâtre et surtout des cavités kystiques dont le contenu est une matière muqueuse diffuente. Ces kytes proéminent souvent à la périphérie de la tumeur, sous forme de saillies sphéroïdales fluctuantes.

Nous nous occuperons plus loin, à propos des rapports, de la capsule et de la forme générale de ces tumeurs.

2^o Histologie microscopique du myxome.

Nous serons bref et réservé : une étude très approfondie sur ce point étant hors de notre compétence.

Si nous laissons de côté l'existence de la substance intercellulaire qui se présente dans tous les cas avec les mêmes caractères, les éléments figurés sont assez différents d'une tumeur à l'autre et d'un point à l'autre d'une même tumeur.

Nous regrettons de n'avoir pu nous livrer à l'étude chimique de ces tumeurs, qui nous aurait renseigné sur la richesse en mucine de la substance dite muqueuse, question controversée, ainsi que nous l'avons dit, à propos de l'historique.

La substance intercellulaire, plus ou moins abondante, suivant les cas, sur nos préparations colorées au picro-carmin, apparaissait comme une substance incolore, faiblement colorée en rouge ou légèrement teintée en jaune.

Les éléments figurés se sont présentés sous diverses formes dans les quatre tumeurs sur lesquelles a pu porter notre examen.

Nous avons rencontré : 1° le myxome à petites cellules rondes avec interposition d'une substance intercellulaire plus ou moins abondantes ; 2° le myxome à cellules étoilées et anastomosées ; 3° des cellules adipeuses en forme d'îlots disséminés au milieu des autres éléments ; 4° un tissu tout à fait analogue au tissu connectif lâche distendu par une injection, comme si on avait fait une boule d'œdème, en injectant de la substance intercellulaire muqueuse.

Dans nos quatre tumeurs, nous avons trouvé associés :

1° (Obser. IX) du myxome à petites cellules arrondies, du myxome à cellules étoilées, des îlots de cellules adipeuses ;

2° (Observ. VII) du myxome à petites cellules et du fibrome œdémateux, des points où les cellules arrondies se touchent ;

3° (Obser. VI) du myxome à petites cellules et des points où les cellules arrondies se touchent.

4° (Observ. VIII) du myxome à cellules étoilées, du fibrome œdémateux, des îlots de cellules adipeuses.

Nous n'avons jamais rencontré le myxome à grandes cellules étoilées. Ces diverses formes microscopiques

nous ont paru correspondre aux formes macroscopiques de la façon suivante (1). Les points gélatineux (type muqueux) offrent au microscope les caractères du myxome à petites cellules arrondies ou à cellules étoilées. Les colorations jaunâtre et groseille nous ont paru se rapporter à des épanchements sanguins. Dans ces cas, il existait des amas de globules rouges du sang, et nous croyons que la substance intercellulaire était teintée par la substance colorante du sang.

Les points les plus consistants, jaunâtres ou grisâtres, correspondant aux types lipomateux et encéphaloïde, présentaient au microscope des îlots de cellules adipeuses associées en proportion variable au myxome proprement dit.

Quant aux points du type sarcomateux, et présentant une certaine consistance, ils nous ont paru répondre à des portions néoplasiques constituées par des éléments cellulaires séparés par une petite quantité de substance interposée, ou possédant la structure du sarcome proprement dit. Toutefois, nous ne saurions affirmer qu'il s'agisse là d'un rapport constant ; car, souvent, des lobes de consistance ferme répondent à la description typique du myxome. Il se pourrait donc que l'aspect de gelée plus ou moins liquide tienne au moins autant à des états chimiques différents de la substance intercellulaire qu'à des proportions relatives de cette même substance et des éléments figurés. M. Pollosson nous a dit à ce propos avoir observé,

(1) Nous avons eu soin de placer à part, dans des flacons étiquetés, des fragments de tumeur présentant les divers aspects macroscopiques signalés plus haut.

il y a quelques années, une tumeur de la glande sous-maxillaire extirpée par M. Poncet, laquelle présentait avec la forme extérieure du tissu adénoïde la constitution microscopique du myxome à petites cellules.

Nous avons cherché à déterminer le mode d'envahissement des muscles. Des préparations faites sur des pièces empruntées au malade de l'Obs. VII nous ont montré entre les fibres musculaires, intactes en apparence, un tissu œdémateux substitué au tissu conjonctif interfasciculaire. Sur des préparations faites par M. Pollosson (tumeur de Cottet), on voyait, au contraire, l'envahissement se faire par les espaces interfasciculaires, mais sous forme de traînées constituées par un agglomérat de petites cellules. Il y aurait donc deux processus d'envahissement, ou du moins deux formes : 1° œdème interfasciculaire ; 2° tissu d'aspect sarcomateux.

Un point nous a frappé dans tous nos examens, c'est la pauvreté vasculaire de ces tumeurs. Les vaisseaux sont rares, très espacés et sous forme de lacunes sans parois propres. Il y aurait peut-être là un signe de diagnostic différentiel entre le myxome et le sarcome proprement dit.

Dans tous les cas observés par nous, les éléments cellulaires paraissaient jeunes, doués d'une grande vitalité. Ils étaient fortement colorés par le carmin.

Essaierons-nous de sortir de l'observation et de nous lancer dans les hypothèses, d'établir quelque comparaison entre ce tissu néoplasique et les tissus normaux de l'organisme à l'une ou l'autre période de leur développement ? Il semble ressortir de nos exa-

mens que ces tumeurs ont surtout pour élément commun une substance intercellulaire sur la nature muqueuse ou œdémateuse de laquelle nous ne pouvons nous prononcer. Quant aux éléments figurés, ils sont très variables de forme : la substance intercellulaire sépare ou des cellules arrondies, ou des cellules étoilées, ou des amas de vésicules adipeuses, ou des faisceaux fibreux, ou même les éléments groupés du tissu connectif lâche.

Depuis les remarquables recherches de Georges Lemoine, faites sous la direction du professeur Renaut (1), on ne saurait comparer la structure du myxome à celle du cordon ombilical. Cet auteur a, en effet, démontré que le tissu qui constitue la gélatine de Wharton du cordon ombilical, devait être rangé parmi les productions du tissu conjonctif modelé.

Au contraire, l'examen des éléments figurés, dans les tumeurs observées par nous, nous autorisent plutôt à les comparer *au tissu connectif informe*, qui serait infiltré de la substance dite muqueuse, ce tissu connectif étant envisagé aux diverses périodes de son développement. « Le tissu conjonctif est d'abord représenté par des cellules embryonnaires, toutes au contact, ou séparées par des espaces remplies de mucine : c'est le stade embryonnaire. Rapidement il passe au stade muqueux ; les cellules sont constituées par des masses de protoplasma qui se poursuivent à leur périphérie par des expansions filiformes dans tous les plans et dans toutes les directions. Tôt ou tard ces

(1) Anatomie générale du cordon ombilical. Th. de Lyon, 1884.

prolongements arrivent au contact et constituent un réseau anastomotique, sur lequel le nitrate d'argent ne décèle jamais la présence de traits limitant les cellules. Enfin, dans une troisième période de son développement, la période télo-formative, le tissu conjonctif prend le type adulte par suite de l'apparition entre les cellules d'éléments figurés, filaments d'une extrême finesse, intriqués entre eux en tous sens, n'ayant avec les prolongements du réseau aucun rapport de direction. Ce sont les fibres conjonctives, à côté desquelles viennent se montrer à leur tour des fibres brillantes à double contour, les fibres élastiques. » (1).

Mentionnons après ce rapide exposé du développement du tissu conjonctif lâche, l'existence de cellules adipeuses.

Prenons ce tissu conjonctif à l'une ou l'autre période de son développement : laissons-y la substance muqueuse alors qu'elle existe, plaçons-la dans les mailles alors qu'elle a disparu pour faire place à la lymphe, et nous reproduisons exactement l'aspect histologique du myxome diffus des membres. C'est donc, en somme, une tumeur représentant l'un ou l'autre stade du tissu connectif lâche, avec production de la substance intercellulaire muqueuse, telle qu'elle existe dans les premières phases du développement. C'est une sorte de *conjunctivome*, à éléments figurés, correspondant à une phase embryonnaire ou adulte avec substance intercellulaire muqueuse.

(1) Th. de Lemoine, page 27.

Peut-être faut-il attribuer l'absence d'envahissement ganglionnaire, précisément à ce fait que les voies de la lymphe sont occupées par la substance muqueuse qui détermine une obstruction complète du système lymphatique.

Cette substance muqueuse, quelque soit sa valeur morphologique, imprime à la maladie des caractères cliniques particuliers, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue de l'évolution, caractères qui distinguent la maladie que nous étudions, des autres *conjonctivomes*, lipomes, sarcomes, tumeurs mixtes, qu'on rencontre dans le même tissu cellulaire. Qu'il y ait des formes mixtes, des cas de transition entre ces diverses variétés de production dans le tissu cellulaire, nous ne le contestons pas. Mais les tumeurs de nos observations nous paraissent présenter, même au point de vue anatomo-pathologique, un type assez caractérisé pour mériter la description particulière que nous leur accordons. Il est d'ailleurs possible, et même probable, que ces tumeurs, à un certain degré de leur évolution, prennent le type sarcome proprement dit, se montrent sous forme d'un néoplasme embryonnaire sans formation de substance intercellulaire muqueuse, et dès lors revêtent des caractères cliniques différents. Ce n'est pas à cet état que nous les avons trouvées et que nous les étudions.

Faut-il considérer avec Kœster ce tissu muqueux, qui pour cet auteur ne renferme pas plus de mucine que le tissu conjonctif ordinaire, comme constitué par un simple œdème lié à un trouble circulatoire, œdème survenant dans un tissu conjonctif normal ou dans

une tumeur du type conjonctif? La chose nous paraît difficile à admettre, au moins pour les myxomes du tissu cellulaire sous-cutané.

B. — Siège, forme, rapports et évolution du myxome diffus des membres.

Le myxome diffus peut, à s'en tenir à nos observations, se développer dans tous les segments des membres, doigts et orteils excepté. Nos 9 cas se répartissent ainsi : cuisse 3, bras 2, jambe 1, avant-bras 1, pied 1, main 1. La cuisse en est donc le siège de prédilection, fait indiqué déjà par Virchow.

Son siège initial est le tissu cellulaire, tel que l'entendait Bichat, le tissu cellulaire lâche des auteurs français.

Peut-il débiter par les aponévroses? Rien ne nous autorise à le dire. Les aponévroses paraissent être de préférence le point de départ des véritables sarcomes. Presque toujours, le tissu cellulaire sous-aponévrotique et sous-cutané sont pris à la fois au moment où l'on intervient. Quelquefois, le tissu sous-aponévrotique est seul le siège de la tumeur. Nous ne trouvons pas dans nos observations de cas où le tissu cellulaire sous-cutané soit seul pris. Nous savons, au contraire, que le tissu cellulaire sous-cutané peut être le siège exclusif du myxome sous la forme circonscrite.

Le myxome paraît donc souvent prendre naissance dans le tissu cellulaire profond et intermusculaire. De là, il s'étend entre les faisceaux de divers ordres des muscles. Cet envahissement, qui n'est pas constant, est, croyons-nous, ordinairement secondaire. On parle

souvent de myxome des muscles. S'agit-il de myxome primitivement développé dans le muscle? Il n'est pas facile de le dire, en l'absence d'observations précises. Rien ne nous autorise à affirmer ou à nier que les tumeurs, que nous étudions, puissent débiter dans le tissu conjonctif interfasciculaire: si de là, elles diffusent dans le tissu cellulaire voisin, elles rentrent dans notre cadre. Nous ne mettrions à part les myxomes de muscles, que s'il nous était démontré que leur point de départ est dans un autre élément du muscle, que le tissu conjonctif interfasciculaire.

Les mêmes considérations ne sauraient s'appliquer aux myxomes des nerfs qui constituent une maladie particulière, très différente de celle que nous étudions, ayant son histoire pathologique propre.

Le myxome diffus, abstraction faite de son siège, se montre sous forme de masses et de trainées. Ordinairement, il existe une masse principale, d'abord assez limitée, qui pousse ensuite des prolongements dans divers sens. La diffusion se fait toujours dans le tissu cellulaire. Le tissu se propage sous forme de nappes ou de fusées, en se substituant au tissu cellulaire interorganique. Il s'étend le long des paquets vasculo-nerveux ou des troncs nerveux isolés, en suivant une marche ascendante vers la racine du membre: il dissèque les muscles en prenant la place du tissu cellulaire intermusculaire, puis pénètre dans leur intérieur en suivant les cloisons qui séparent les faisceaux de divers ordres. Il entoure les cordons nerveux, mais nous n'avons pas vu ces derniers dissociés par le néoplasme.

Le myxome diffus est souvent à la fois sous-cutané et sous-aponévrotique. Dans les récidives, il est toujours sous la peau, l'aponévrose ayant été détruite en partie par la première opération. Avant toute intervention, il présente souvent par rapport à l'aponévrose, la forme en bouton de chemise. Il se répand à la face superficielle et à la face profonde de l'aponévrose, qui a subi en un point une perforation. Il y a des masses sous-cutanées, un prolongement perforant l'aponévrose et des masses profondes.

La tumeur peut se développer aussi dans le tissu cellulaire qui entoure les gâines tendineuses, adhérer à ces gâines et simuler une synovite fongueuse.

Quand il est profond, le myxome distend l'aponévrose, la soulève et s'en revêt; on pourrait croire qu'elle constitue la capsule même de la tumeur, ce qui entraînerait des erreurs de dissection. Si, en effet, suivant dans sa direction la surface aponévrotique, on voulait aller jusqu'aux limites de la tuméfaction, on pourrait dépasser de beaucoup celles des portions de la tumeur adhérentes ou simplement adjacentes à l'aponévrose: ces adhérences peuvent n'exister qu'au point culminant de la tumeur, tout autour, des muscles s'interposent entre l'aponévrose et le tissu néoplasique plus profondément situé.

La peau n'est généralement pas altérée avant la première opération. Plus tard, elle présente des cicatrices, elle est amincie, soulevée par les bosselures de la tumeur devenues immédiatement sous-dermiques.

Quelquefois, le myxome présente une masse avec prolongements constitués par un tissu nullement seg-

menté. Plus souvent peut-être, la masse est comme lobulée; les lobules représentent des amas distincts reliés à la masse centrale par des prolongements plus ou moins minces, ou rattachés à elle par un tissu cellulaire extrêmement lâche. Quelquefois, ces prolongements forment comme des nids cachés entre les interstices musculaires qu'il faut chercher avec soin. Une disposition assez curieuse est celle qui peut être comparée à une grappe. La tumeur de Morel Marguerite (obs. 11), était composée d'une série de graines et se présentait tout à fait sous la forme, souvent dessinée, des myxomes du placenta.

Il nous reste à étudier une dernière question, celle qui est relative à la capsule de la tumeur et à son mode d'union avec les parties voisines. Il semblerait que l'expression de myxome diffus, dût impliquer l'absence de membrane limitante. Nous ne savons pas ce qu'il en est au début de la tumeur; à une période avancée, quand on opère, voici comment on trouve les choses disposées.

La tumeur, sur une grande partie de sa surface, est facilement énucléable avec le doigt; on l'isole par simple décollement des parties avec lesquelles elle est en rapport. Dans ces points, une mince toile celluleuse circonscrit la tumeur. Il se peut néanmoins qu'on enlève des portions de la tumeur sans cette toile, mais on a dû alors rester au-dessous d'elle et la laisser adhérente. En somme, pour une grande partie de la surface, que cette fine capsule existe ou qu'elle manque par places, le tissu néoplasique est énucléable avec le doigt, contrairement à ce qui arriverait pour un carci-

nome de la mamelle par exemple, et il semble qu'on ait tout enlevé. Nous disons « il semble », car la fréquence et la rapidité des récidives font craindre qu'une énucléation, ainsi conduite, ne laisse en réalité des fragments de la tumeur.

Mais il existe généralement quelques points de la tumeur où le néoplasme est en continuité directe avec les tissus, et ne peut être enlevé qu'en tranchant avec le bistouri. Ces adhérences se produisent au niveau des muscles, au niveau des aponévroses, au niveau de la peau (dans le cas de récidive). On voit par exemple, un myxome infiltré sous forme de nappes dans les interstices musculaires; sur presque toute l'étendue, le néoplasme est simplement adjacent au muscle, en un point il y pénètre, il y adhère comme une sangsue à plusieurs têtes.

Ainsi, par rapport aux parties voisines, le myxome est tantôt adjacent avec ou peut-être sans fine enveloppe celluleuse, tantôt adhère par pénétration. Comme conclusion pratique, on pourra pour extirper la tumeur là se contenter de l'énucléation, là, au contraire, on devra couper dans les tissus avec le bistouri.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

Les malades porteurs de myxome sont le plus souvent d'un âge assez avancé. Le plus jeune (Obs. ix) était âgé de 27 ans. L'âge moyen, d'après nos observations, dépasse 50 ans. Le plus grand nombre de nos malades appartenait au sexe masculin.

Dans un seul cas nous trouvons noté (Obs. iii) un coup violent qui a pu être le point de départ de la tumeur. Les autres observations sont muettes à cet égard.

L'hérédité ne semble avoir aucune influence digne d'être signalée.

Le début du myxome diffus échappe ordinairement, aucun signe n'appelant l'attention du malade. C'est seulement quand la tumeur a acquis un certain volume que le malade s'en aperçoit et la signale. Quelquefois

c'est le volume seul, d'autre fois une sensation de gêne, une douleur à propos d'un mouvement, à la suite d'un coup, qui font apercevoir de l'existence d'une tumeur.

A la période d'état, la maladie est caractérisée par des signes physiques, consistant en la présence d'une tumeur et par des signes fonctionnels ordinairement peu accusés.

Examinons d'abord la tumeur : elle se présente avec un aspect un peu différent, suivant qu'il s'agit de la tumeur primitive, ou des tumeurs de récurrence ; ces dernières seront étudiées plus loin.

La tumeur primitive, dans sa partie sous-cutanée, ressemble d'abord beaucoup au lipome, dont elle diffère surtout par une consistance plus molle.

Son volume est très variable : elle peut, aux membres, devenir considérable, prendre les dimensions d'une tête, tripler le volume de la cuisse, sans arriver à l'ulcération de la peau.

Sa consistance est molle, flasque ; quelquefois on perçoit une fausse fluctuation. La tumeur a pu être prise pour un abcès et réciproquement, ou pour un kyste. Souvent la consistance est égale sur les divers points ; c'est la règle dans la première période du développement ; plus tard, quand le néoplasme a subi des dégénérescences partielles, on sent à côté de masses solides des points qui donnent la vraie ou la fausse fluctuation.

La forme est le plus souvent allongée suivant l'axe du membre : c'est quelquefois une traînée néoplasique à diamètre longitudinal très prédominant. Dans cer-

tains cas, on observe une masse assez régulière qui constitue comme le centre de la tumeur, et de là, rayonnent des prolongements sous forme de lobules.

Dans les tumeurs de récurrence, l'unité de la masse est souvent détruite, et il y a, au moins en apparence, une série de lobules distincts. Dans toutes les observations que nous avons recueillies, la tumeur initiale était unique. La surface est parfois régulière, souvent elle est bosselée. Il s'agit alors de bosselures sphéroïdales qui restent lisses au toucher.

La peau est saine, glisse sur la tumeur; nous n'avons jamais constaté ce plissement qu'on observe assez souvent dans le lipome. C'est qu'il s'agit d'une tumeur du tissu conjonctif sous cutané, et non de la peau ou des pelotons adipeux qui occupent la face profonde du derme.

La peau peut être ulcérée dans des cas de myxome circonscrit et pédiculé; nous ne l'avons jamais vu dans le cas de myxome diffus. Après les opérations, elle présente souvent un aspect différent. Mais si elle n'est pas envahie, elle peut être cependant distendue, amincie, et à une certaine période, ses veines deviennent variqueuses, comme dans les véritables sarcomes.

La tumeur se présente avec un aspect moins net dans sa portion sous-aponévrotique. Au lieu d'une masse limitée, dont on peut avec le doigt apprécier le contour, c'est une tuméfaction locale, vague, donnant une sensation d'empâtement mou, ou même de fluctuation profonde. Le diagnostic est alors d'une sérieuse difficulté, surtout quand la tumeur siège sous une aponévrose forte et tendue comme l'aponévrose fémorale, par

exemple. En d'autres points, où l'aponévrose d'enveloppe est mince et comme celluleuse, il est au contraire difficile de décider si la tumeur est sous-cutanée ou sous-aponévrotique.

En somme, tumeur ressemblant beaucoup à un lipôme soit superficiel, soit profond, en différant par une mollesse plus grande, par des bosselures sphéroïdales, non adhérentes à la face profonde du derme, et et surtout par la marche plus rapide.

Les symptômes fonctionnels et les douleurs sont presque nuls, sauf au déclin de la maladie. Les phénomènes de compression veineuse, ou les phénomènes nerveux ne se montrent guère avant la première opération. Quelquefois, cependant, les malades accusent des élancements douloureux dans le segment du membre situé au-dessous de la tumeur.

Même quand la tumeur profonde s'est beaucoup développée et a envahi les muscles, il est curieux de noter la persistance de l'intégrité fonctionnelle; fait qui montre bien que la fibre musculaire est peu ou point altérée, que le tissu conjonctif intermusculaire ou interfasciculaire est seul pris, et que la transformation de ce tissu interstitiel en gelée ne gêne pas notablement les fonctions des éléments nobles interposés.

Pendant toute cette période, la santé générale n'est pas altérée. Les fonctions digestives s'effectuent bien, et le sujet continue ses occupations, même pénibles. Rappelons que les malades atteints de cette variété de néoplasme sont souvent doués d'une vigueur et d'une musculature exceptionnelle.

Notons aussi l'absence, toujours constatée, d'engor-

gement des ganglions correspondant aux lymphatiques du segment malade.

Marche de la tumeur. — Nous ne possédons aucune observation où, la tumeur primitive ayant été abandonnée à elle-même, on ait pu suivre son évolution naturelle; toujours on est intervenu chirurgicalement. Nous ne pouvons donc parler ici que de l'évolution de la tumeur depuis le moment où s'en est aperçu le malade jusqu'à la première intervention.

Quelquefois le développement de la tumeur est progressif: d'autres fois les choses se passent de la façon suivante: la tumeur, à partir du jour où elle est observée, croît d'abord lentement; sa marche se compte dans quelques cas par années. Puis, à un moment donné, sans ou après cause occasionnelle, elle prend un développement plus rapide qui inquiète le malade et l'amène à l'hôpital.

Puy, atteint de myxome de l'avant-bras, vit sa tumeur évoluer lentement, pendant près de douze ans, puis doubler de volume en six mois. Le temps qui s'est écoulé avant l'intervention est variable dans nos observations, de six mois à douze ans. Nous trouvons les chiffres suivants: six mois, huit mois, huit mois, douze mois, quinze mois, trois ans, quatre ans, cinq ans, douze ans, en moyenne trois ans environ. Tantôt le volume de la tumeur, tantôt les douleurs ont décidé le malade à réclamer l'intervention.

Marche de la maladie après l'intervention chirurgicale. Récidive. — Nous abordons ici un des points les plus intéressants de la question, et un de ceux sur

lesquels nos recherches sur l'état actuel des malades ont jeté le plus de lumière.

Deux malades sont morts de l'intervention chirurgicale. L'un porteur d'un myxo-sarcome de la cuisse, subit la désarticulation coxo-fémorale et mourut de gangrène gazeuse. L'autre, atteint d'un myxome du dos du pied, subit l'amputation sus-malléolaire du pied et mourut d'infection purulente. Dans ces deux cas la mort est imputable à l'opération, ou plutôt aux complications nosocomiales. Ces deux malades avaient subi d'emblée l'amputation; il n'avait pas été fait précédemment d'ablation de la tumeur.

Chez les sept autres malades, la première intervention a été l'ablation de la tumeur. PAS UN SEUL N'A ÉCHAPPÉ A LA RÉCIDIVE. Ce fait paraîtra étonnant et contraire à l'idée qu'on se fait quelquefois de la bénignité du myxome, qu'on représente souvent comme une tumeur ne récidivant pas d'une façon constante.

Peut-être, cette absence de récurrence, si elle a été bien constatée, appartient-elle à la forme circonscrite de la maladie?

Étudions en détail les divers points relatifs à cette question de la récurrence.

Combien de temps après l'opération a eu lieu la première récurrence?

Le plus long intervalle signalé entre la première opération, et la première récurrence, est de un an. Généralement, c'est de un mois à trois mois qu'elle se produit. Quelquefois la récurrence paraît être immédiate, la cicatrisation de la peau s'effectue cependant. Le court espace de temps signalé dans les observations,

semble indiqué qu'il s'agit plutôt d'une continuation de la tumeur que d'une véritable récurrence, au moins dans la majorité des cas.

Examinons maintenant les récurrences ultérieures. Sur nos sept malades, deux n'ont eu qu'une récurrence ; mais ils sont actuellement en possession de leur tumeur.

Les cinq autres qui ont subi une deuxième opération ont eu des récurrences ultérieures dans un aussi bref délai, et ont été l'objet d'une série d'opérations successives, dont la dernière a consisté, pour quatre d'entre eux, dans le sacrifice du membre.

La troisième opération qu'a subi Micoud, ne remonte pas à une époque assez éloignée, pour qu'il soit possible d'en tirer actuellement une conclusion formelle, et de le considérer comme guéri : il est cependant permis de dire que si la récurrence a lieu jamais, elle se sera produite beaucoup plus tard après sa dernière opération qu'après les précédentes. Les quatre autres ont été en dernier lieu amputés.

Puy, chez qui la deuxième opération fut une amputation du bras, guérit de son amputation et mourut un an après de cause inconnue.

Chappuis qui supporta en neuf ans quatre opérations, dont la dernière fut l'amputation du bras, survécut quatre ou cinq ans et mourut d'une affection médicale.

Chavanis, après deux récurrences à bref délai, ayant suivi deux ablations de la tumeur, a été désarticulé de l'épaule, et actuellement, après un an, il est sans récurrence.

Cottet, à qui on fait trente cinq fois des ablations

de tumeur en cinq ans, a définitivement subi la désarticulation de l'épaule : il a succombé bientôt après, probablement à une extension du néoplasme au poumon.

Voyons maintenant sous quelle forme s'effectuent les récidives.

On peut résumer ainsi la marche ultérieure du tissu morbide. Le néoplasme récidive *in situ*, puis s'étend du côté de la racine du membre, en suivant les cordons vasculo-nerveux et les muscles.

La récidive *in situ* est un fait constant. L'extension vers la racine du membre est bien démontrée par quelques unes de nos observations.

Chez Cottet, la première tumeur était au voisinage du coude, la dernière s'étendait jusque dans l'aisselle.

Chez Puy, la tumeur primitive était à la partie moyenne de l'avant bras ; elle s'étendit jusqu'au coude.

Micoud eut des tumeurs de la cuisse de plus en plus rapprochées du pli de l'aîne.

La tumeur de récidive se présente avec un aspect quasi spécial et caractéristique. La région malade est le siège de cicatrices correspondant aux incisions des opérations antérieures. La tumeur paraît plus superficielle. Elle est quelquefois adhérente à la peau au voisinage des cicatrices. La peau est amincie, blanchâtre ou violacée, dépourvue de son panicule adipeux au voisinage de la cicatrice. Le néoplasme n'a plus la physionomie du lipome. Ce n'est plus une masse assez régulière avec prolongements. C'est plutôt, dans les parties superficielles, une série de lobules faisant relief sous la peau amincie, isolés les uns des autres,

ou reliés entre eux par le tissu myxomateux. Il semble qu'au lieu d'un tronc poussant des branches plus ou moins volumineuses, il n'y ait plus qu'une série de rejetons espacés. On croirait que l'opération a laissé ça et là de la graine de myxome. A la longue, ces divers nodules se rejoignent et peuvent prendre un volume considérable.

Des myxomes, que la première opération avaient montrés profonds, deviennent sous-cutanés : c'est que l'opération en ouvrant et emportant en partie l'aponévrose d'enveloppe fait la tumeur superficielle.

Quelquefois les opérations amènent un œdème passer du membre, tenant à la section des veines superficielles. Rarement on note des paralysies post-opératoires, presque toujours on s'est préoccupé de conserver les nerfs, et on a pu les isoler par une dissection peut-être imparfaite.

Les ablations de ces tumeurs, bien que nécessitant de vastes dissections intermusculaires, et des décollements étendus, bien que dénudant les gros troncs veineux, ou les gros cordons nerveux d'un membre, sont souvent suivies d'une guérison rapide.

On a incisé et disséqué la peau, enlevé le tissu myxomateux qui entouré muscles, nerfs et vaisseaux, comme à l'amphithéâtre, on enlève le tissu celluloadipeux pour montrer les organes isolés, certaines de ces opérations représentent de véritables dissections d'une région, tout cela guérit sans fusées et souvent même sans suppuration. — La peau se réapplique sur les parties profondes, et la cicatrisation se fait dans presque toute l'étendue, par première intention.

Cottet était remarquable sous le rapport de cette rapidité de cicatrisation. Chacune de ses opérations lui faisait à peine passer quelques jours à l'hôpital.

Il n'en est pas toujours ainsi, et ces vastes traumatismes ont pu quelquefois être le point de départ de graves complications nosocomiales.

Quelquefois, la tumeur récidive immédiatement, la cicatrisation ne s'en fait pas moins. Peut-être même la repullulation rapide des éléments néoplasiques, interstitiels, est-elle pour quelque chose dans la faculté de la réparation. A la deuxième opération sur Chavanis, M. Pollosson enleva tout le chef interne du brachial antérieur, volumineux chez ce malade puissamment musclé. Il y avait une vaste cavité s'étendant de la peau au périoste. En trois semaines, la cicatrisation était achevée, sans affaissement de la peau à ce niveau. Evidemment du myxome remplissait le vide.

Si nous examinons ce qui s'est passé chez les malades opérés depuis l'introduction des méthodes antiseptiques, ou qui n'ont pas été victimes des complications nosocomiales, nous voyons que les interventions ont été simples, et que la guérison a été rapide. Les plaies marchent bien chez les myxomateux. Peut-être ont-ils une puissance de réparation supérieure aux autres individus d'ailleurs bien portants.

Le tissu de ces tumeurs n'est nullement comparable à celui des cancers : il se prête, dans une certaine limite, aux réparations. Ce fait clinique, qui nous paraît bien constaté, nous le révèle comme un tissu néoplasique unique en son genre.

Les récidives fréquentes, leur marche ascension-

nelle vers le tronc, qui font malignes ces tumeurs bénignes sous d'autres rapports, s'effectuent longtemps sans que l'état général devienne mauvais, sans que le malade cesse de vaquer à ses occupations. De grosses tumeurs occupant les muscles, ne gênent que médiocrement les mouvements. Cottet reprenait, après chaque opération, son travail de cultivateur, et se servait très bien de son bras droit dont le triceps et le biceps se voyaient, à chaque séance, diminués d'un morceau.

Comment expliquer la fréquence et la rapidité des récurrences en présence d'un tissu néoplasique en apparence bénin ? Nous croyons en avoir donné la raison, en disant qu'il s'agissait plutôt d'une continuation de la tumeur que d'une récurrence proprement dite. Il est probable que la tumeur reparait, parce qu'on en laisse. Dans les cas où l'on a pratiqué l'amputation du membre à distance, on n'a pas signalé la récurrence. Chez Cottet, où la récurrence a eu lieu après la désarticulation de l'épaule, la tumeur était déjà dans l'aisselle, au moment de cette opération. Au contraire, dans les ablations simples, on n'enlève pas largement ; on dissèque, on sépare les nerfs, les vaisseaux, du tissu néoplasique, on ne se tient pas à distance du mal. C'est que pour extirper largement, pour couper à distance, pour comprendre une zone de tissu sain dans l'ablation, il faudrait sacrifier les gros troncs artériels ou veineux et les nerfs importants du membre. On recule devant un pareil sacrifice qui correspondrait à l'amputation comme résultat fonctionnel, tout en présentant plus de danger et en assurant moins contre la

récidive. Nous ne saurions trop insister sur la valeur de ces considérations qui ont pour conclusion : dans le myxome diffus des membres, on ne fait le plus souvent une ablation complète qu'en pratiquant l'amputation à distance.

De nouvelles observations sont nécessaires pour apprécier la terminaison de cette affection. Il sera intéressant de suivre ceux de nos malades qui ont survécu. Les guérisons actuelles se maintiendront-elles chez Chavanis et Micoud ?

Que deviendraient les malades atteints de récidive ? Une seule fois, chez Côtet, nous constatons la généralisation ou peut être l'extension directe de la tumeur aux poumons.

Il est à regretter que l'autopsie n'est pu être pratiquée. Peut-être aurait-on pu suivre le néoplasme envahissant sous forme d'une traînée continue la cavité thoracique ? Peut-être les violentes douleurs intercostales qui ont précédé l'envahissement du poumon étaient-elles dues aux prolongements du néoplasme le long des filet nerveux de la paroi thoracique ? C'est l'hypothèse la plus plausible. Si elle était démontrée, on pourrait dire que le myxome diffus des membres, contrairement au myxome des glandes, n'infecte pas l'économie par la voie sanguine ou lymphatique, mais tue seulement en envahissant, par continuité et extension directe du néoplasme, les organes indispensables à la vie. Car, nous le répétons nous ne savons pas ce qui arriverait, si on laissait la tumeur évoluer sur place ; il est possible alors qu'elle entraînât la mort après ulcération de la peau, par suppuration prolongée ou hémorragie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du myxome diffus peut, à la rigueur, se poser avec presque toutes les tumeurs des membres. Nous ne voulons pas reproduire ici un diagnostic différentiel qu'on trouve dans les auteurs à propos des tumeurs qui ont leur siège habituel dans le tissu cellulaire et notamment à propos du lipome. Si nous voulions être complet, il nous faudrait tenir compte, en outre, de chaque région des membres envisagée en particulier. Cela nous entraînerait trop loin : aussi indiquerons-nous seulement les points les plus spéciaux, et insisterons-nous davantage sur les erreurs qui se sont commises ou les hésitations qui se sont produites, que sur celles qui peuvent après tout se montrer.

Le myxome diffus nous a toujours paru d'un diagnostic moins difficile que le myxome circonscrit. Ce dernier, en effet, peut-être confondu avec une série de tumeurs pédiculées ou non, telles que lipome, tumeur mixte, sarcome, molluscum, etc. ; l'erreur est parfois fatale, les signes différentiels sont absents. Les mêmes tumeurs sont au contraire, le sarcome excepté, rares à l'état de diffusion et avec situation profonde. Le myxome diffus est plutôt confondu avec d'autres variétés de tumeurs, dont les caractères différentiels sont plus faciles à saisir.

Avant que le diagnostic *tumeur* soit acquis, on peut croire, trompé par la fausse fluctuation, à un kyste ou un abcès, et inversement. M. Pollosson nous a raconté

avoir vu, il y a quelques années, un chirurgien des plus distingués, trop tôt enlevé à nos hôpitaux, porter chez un jeune garçon le diagnostic de myxome. Dans le but d'extirper la tumeur, il incisa jusqu'à l'aponévrose, qu'il suivit comme si elle était la capsule de la tumeur. Ayant parcouru ainsi la demi-circonférence du membre sans arriver aux limites du néoplasme et croyant l'avoir dépassé, il revint au point culminant de la tumeur, incisa et tomba dans une cavité pleine de pus et renfermant de petits séquestres.

Dans un autre cas, observé dans le service de M. Cordier, la tumeur était nettement fluctuante, le diagnostic ne put être assuré que par une ponction exploratrice.

Nous croyons savoir que tout récemment, dans un service des hôpitaux de Paris, une tumeur liquide de la cuisse tint en suspens les diagnostics les plus autorisés. Plusieurs chirurgiens pensèrent à un myxome ; il s'agissait d'un kyste à grains riziformes.

Nous n'énumérerons pas les signes auxquels on reconnaît habituellement les kystes ou les abcès ; nous dirons simplement que les hommes les plus habitués au diagnostic peuvent hésiter et qu'on s'en tire par la ponction exploratrice.

Le diagnostic tumeur néoplasique et solide une fois établi, c'est avec le sarcome que l'hésitation est habituelle : certains sarcomes du tissu cellulaire présentent des caractères presque identiques.

Nous croyons que les signes différentiels sont les suivants : 1° le myxome est plus mou ; 2° sa marche est moins rapide. Une tumeur très molle, datant de

plusieurs années, aura de grandes chances d'être un myxome plutôt qu'un sarcome. Ce dernier est plus rapide dans ses formes molles, plus dur dans ses formes à évolution lente. Si ces deux signes manquent, l'erreur sera souvent difficile à éviter. Dans quelques cas, la forme de la tumeur sera en faveur de l'une ou l'autre hypothèse. Une tumeur énorme, arrondie, tout d'une pièce fera pencher vers le sarcome. Une tumeur composée de lobules distincts, allongée suivant l'axe du membre sera presque toujours un myxome.

Les tumeurs de récurrence sont plus faciles à diagnostiquer; de petites tumeurs molles, espacées, indépendantes, sous une peau amincie, non ulcérée sont des récurrences de myxome. Le sarcome des membres récurrence plutôt sous forme d'une tumeur unique, volumineuse. Mais à un certain degré d'évolution, le myxome récidivé présente les caractères extérieurs du sarcome.

Le diagnostic entre myxome et sarcome paraîtra inutile à ceux qui n'établissent pas de différence bien tranchée entre ces deux variétés. Pour nous, nous croyons à l'existence d'un sarcome des membres présentant, outre les caractères extérieurs, une marche clinique différente. Nous pouvons en citer des exemples.

Dans le cours de l'hiver dernier, nous avons recueilli dans le service de M. Pollosson une observation intéressante à cet égard. Un homme adulte portait à la cuisse une tumeur sous-aponévrotique, colossale, faisant saillie au creux poplité et, développée dans le tissu cellulaire, remontant entre les muscles de la

cuisse et adhérente aux adducteurs. M. Pollosson croyait à un myxome plutôt qu'à un sarcome, en raison de la mollesse de la tumeur et de son analogie avec d'autres cas qu'il avait vus précédemment. Il fit l'amputation sous-trochantérienne : le malade mourut trois semaines après. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à grandes cellules : malgré tous nos efforts nous ne pûmes y trouver du tissu muqueux. Le malade avait succombé à une généralisation abdominale et une tumeur hépatique.

M. Poncet nous a remis le dessin et l'observation d'un jeune homme, portant au bras une tumeur du tissu cellulaire : la tumeur, enlevée une première fois, a récidivé et nécessité la désarticulation de l'épaule. L'examen histologique a révélé un sarcome fasciculé. M. Pollosson a enlevé par amputation, dans le cours de l'année dernière, une tumeur développée dans les tendons extenseurs des orteils, sur le dos du pied. Au début, la tumeur était molle, quasi fluctuante, rappelant la forme d'une synovite tendineuse. Une ponction exploratrice, faite dans un but de diagnostic, amena en deux mois la tumeur au volume d'une tête et à l'ulcération de la peau. Nous avons fait des préparations qui nous ont montré qu'il s'agissait d'un sarcome. Cette tumeur était développée dans le tissu cellulaire et, au début, simulait le myxome. On voit que la marche ultérieure a été différente de celle que nous avons signalée dans nos observations. Ici une simple ponction donne un coup de fouet à la tumeur ; dans les myxomes, des opérations partielles, répétées, guérissent, et la cicatrice se fait sur le tissu morbide.

Nous avons rappelé ces faits pour bien montrer qu'à côté du myxome diffus, il y a un sarcome qui en est anatomo-pathologiquement et cliniquement différent, bien que les erreurs de diagnostic soient faciles dans certaines circonstances.

Y a-t-il ou n'y a-t-il pas des formes de transition, ou des transformations à un moment donné? Nous ne nous prononçons pas, mais nous aurions de la tendance à admettre qu'à une certaine période, la production néoplasique peut se faire sans interposition de substance muqueuse et que, dès lors, la tumeur prendra l'allure du sarcome proprement dit.

Nous ne nions pas non plus la parenté de pareilles tumeurs; mais, nous en tenant à nos observations, nous affirmons l'existence d'une forme spéciale, qui mérite qu'on cherche à la reconnaître, fut-ce à titre de variété et non d'affection indépendante.

Pour les mêmes raisons, nous établissons une différence entre le myxome proprement dit et les tumeurs dites mixtes du tissu cellulaire. Nous n'essayons pas de diagnostic différentiel, n'ayant pas rencontré de tumeur mixte se présentant avec les caractères que nous avons assigné au myxome diffus.

Nous n'examinerons pas, ici, la question de savoir, en présence d'une tumeur d'un membre, si elle tient au squelette ou si elle est développée dans les parties molles. Cette question, très importante à résoudre, et qui se pose surtout dans le cas de myxome profond, bridé par les aponévroses, n'a rien de spécial au myxome. Disons cependant que l'os étant solidement maintenu, il est rare, si la tumeur appartient aux par-

ties molles, qu'elle ne présente pas une certaine mobilité et qu'on ne puisse l'ébranler sans communiquer de mouvement à l'os qu'on aurait pu supposer atteint. Enfin signalons une erreur possible de diagnostic avec les synovites, quand le myxome se développe dans le tissu cellulaire péri-tendineux. Chez le malade atteint de myxome de la jambe opéré par M. Poncet, on aurait pu croire à une synovite fongueuse de la région externe du cou-de-pied; mais la tumeur n'était pas aussi limitée que l'aurait été une lésion de ces gaines tendineuses.

Rappelons qu'au début de la tumeur sarcomateuse du pied opérée par M. Pollosson, on avait pensé à une synovite séreuse de l'extenseur, commun et que la ponction exploratrice renseigna sur l'existence d'une tumeur solide et très vasculaire.

PRONOSTIC

On a souvent opposé la bénignité relative du myxome des membres à la malignité des myxomes des glandes; sous ce point de vue, il en serait de cette tumeur comme de l'enchondrome relativement bénin dans les tissus en un certain sens homologue, comme le tissu osseux, malin dans les autres organes. Nos observations nous montrent qu'il faut se méfier de la bénignité du myxome du tissu cellulaire, au moins dans ses formes diffuses. On ne saurait le comparer sans doute à d'autres variétés de cancer, mais néan-

moins les résultats définitifs ne sont pas très encourageants.

Il paraît démontrer que le myxome diffus n'infecte pas l'organisme par la voie lymphatique, comme le cancroïde par exemple. Nous n'avons pas vu de généralisation à distance dans les viscères à la façon d'un grand nombre de tumeurs et probablement des vrais sarcomes du tissu cellulaire. Le cas que nous avons signalé de propagation aux poumons peut à la rigueur s'expliquer par extension directe du néoplasme. Cependant, le myxome, même pris à temps, est grave par les opérations qu'il nécessite et par lui-même.

L'ablation simple a été dans nos observations toujours suivie de récurrence : le seul malade qui soit actuellement débarrassé de son mal par une opération de cette nature ne l'est que depuis 8 mois. Sur les huit autres malades, deux atteints actuellement de récurrence, auraient sans doute besoin d'une amputation ; les six autres l'ont subie.

Nous ne sommes pas très fixés sur le pronostic de la maladie après amputation, car sur les six cas d'amputation, deux malades sont morts de l'opération, deux ont vécu un an et quatre ans, et sont morts, le second au moins, d'une affection qui paraît indépendante de la tumeur, un est mort d'extension aux poumons, le dernier seul est vivant, et n'a pas de récurrence depuis une année.

En somme, l'amputation d'un membre est l'opération à laquelle on en arrive après une série d'extirpations.

Reconnaissons qu'aujourd'hui avec la méthode anti-

septique, avec des malades doués d'un bon état général comme le sont les porteurs de ces tumeurs, une seule des amputations faites pour des myxomes des membres reste grave, c'est la désarticulation de la cuisse.

Les dissections musculaires étendues paraissent prédisposer au développement de la gangrène gazeuse. M. Pollosson a vu un malade atteint de myxome de la cuisse, opéré en 1880 dans le service de M. Letiévant, mourir de gangrène gazeuse. M. Poncet nous a confié une observation où la même complication était survenue. Enfin, dans une autre de nos observations, le malade est mort de gangrène foudroyante, mais à la suite de désarticulation de la cuisse.

Cependant, il est juste de dire qu'en l'absence du microbe spécifique, ces dissections, même étendues, sont moins graves qu'on n'aurait pu le supposer et que, comme nous l'avons déjà indiqué, la réunion se fait rapidement sans suppuration et sans fusées.

Si la tumeur occupait la racine même de la cuisse, une fois les ablations devenues impossibles, le malade devrait être abandonné à l'évolution naturelle de sa maladie. Mourrait-il des progrès locaux de sa tumeur, ou d'infection générale ? La question est à l'étude. Nous croyons qu'un de nos malades, atteint de myxome de la cuisse, nous fournira l'occasion de l'élucider.

TRAITEMENT

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un myxome diffus des membres ?

La première question à se poser est la suivante : Faut-il intervenir ou abandonner la tumeur à sa marche naturelle ? Pour y répondre, il faudrait être bien fixé sur l'évolution naturelle et le résultat définitif des opérations. Notre travail pourra être le point de départ de recherches précises sur ce sujet, mais nos observations sont trop peu nombreuses ou trop récentes pour trancher le différent. En l'absence de documents, on est obligé de se conduire par analogie, en se basant sur ce que l'on fait en présence d'autres tumeurs. Nous croyons qu'en l'état actuel, bien peu de chirurgiens ne tenteraient pas d'obtenir une guérison définitive, même au prix d'une amputation, et nous considérons l'intervention comme un devoir.

L'intervention étant regardée comme la règle, quelle doit-elle être ? Dans quelques cas, l'amputation s'impose. Dans d'autres, on peut hésiter entre l'extirpation de la tumeur et l'amputation du membre. Résoudre dans le bon sens cette délicate question de pratique chirurgicale est le but principal de notre travail.

On a fait des ablations de tumeurs dans deux circonstances différentes. Tantôt il s'agissait d'une opération palliative destinée à donner quelque répit au malade. A cet égard, on peut avoir la main forcée par

les volontés du malade, mais d'une manière générale nous ne conseillons pas l'ablation palliative. La récurrence est trop prompte et l'on est obligé de renouveler si souvent les opérations, que la durée de la maladie n'est guère qu'un long et continu traitement. Tantôt en enlevant la tumeur on espère débarrasser définitivement le sujet de sa maladie : espoir bien souvent déçu. Nous croyons que si ces tumeurs étaient prises tout à fait au début et qu'on put couper largement autour du néoplasme, on éviterait les récurrences. Mais à la période où les malades se présentent, on ne peut guère faire des ablations larges. Interrogeons les faits : De tous nos malades, traités par l'ablation, pas un seul, nous l'avons vu, n'a échappé à la récurrence. Un seul pourrait être excepté, et encore sa guérison n'est pas vieille de plus de huit mois. C'est que, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, on ne peut pas faire des ablations larges sans couper les gros troncs artériels ou les nerfs d'un membre, ce qui donnerait un résultat inférieur à l'amputation.

Nous ne nous opposons pas cependant à l'extirpation de ces tumeurs : si on les constatait dès le début, cette méthode de traitement serait nettement indiquée. A une période plus avancée, vu l'innocuité de ces opérations, nous ferions volontiers une, peut-être deux tentatives de conservation. Mais nous pensons qu'il ne faut pas trop multiplier ces essais, qui font perdre du temps au malade, sans lui donner une existence agréable.

Si Cottet (Observ. V) avait consenti plus tôt à l'opération, il est probable que l'amputation du bras

lui eut conservé la vie. Si Chavanis (Observ. VII) eut réclamé encore une ou deux ablations de sa tumeur, il est possible que la désarticulation de l'épaule fut devenue impraticable ou inefficace.

L'amputation est l'opération qui (on pouvait s'y attendre) a le mieux garanti contre les récidives, et souvent les ablations de tumeurs n'ont fait qu'entretenir le malade dans une illusion bien compensée par les soucis de l'opération et les soins consécutifs.

Nous croyons qu'il ressort de nos observations cet enseignement : « Proposons de bonne heure l'amputation du membre ; ne multiplions pas les extirpations de tumeurs. »

Quelques considérations relatives à la nature de l'amputation pourraient modifier ces conclusions. Si l'amputation à pratiquer doit être la désarticulation de la hanche, on pourra y regarder à deux fois et recourir plus souvent à l'extirpation de tumeurs, si elle est praticable, se contenter parfois de l'opération palliative.

Enfin une tumeur située trop près du tronc pourra n'être pas justiciable de l'amputation.

CONCLUSIONS

I. — La tumeur, décrite sous le nom de myxome, peut se développer dans le tissu cellulaire des membres sous deux formes : la forme circonscrite et la forme diffuse.

II. — Le myxome diffus se présente sous l'aspect d'une tumeur molle, à limites mal dessinées, occupant le tissu cellulaire profond ou à la fois le tissu cellulaire profond et superficiel. Il s'étend progressivement de son siège primitif à la racine des membres, en suivant les gânes vasculo-nerveuses, les gros troncs nerveux, les espaces intermusculaires. Il pénètre les muscles en suivant les cloisons celluleuses intra-musculaires.

Il est capsulé seulement par place et d'une façon incomplète.

III. — Le myxome diffus est une tumeur locale qui laisse indemnes les ganglions lymphatiques et envahit surtout les viscères par continuité directe.

IV. — Enlevé par une dissection circonscrivant strictement le tissu néoplasique, il récidive à peu près constamment. Il est le plus souvent impossible de l'extirper en empiétant sur les tissus sains. Il faudrait pour cela couper et enlever les gros troncs vasculaires et nerveux d'un membre.

V. — L'amputation faite de bonne heure, paraît seule pouvoir prévenir les récidives, quand la tumeur présente une certaine extension, comme cela existe généralement quand on est appelé à intervenir.

VI. — L'extirpation de la tumeur est indiquée :

1° Comme opération curative avec chances de succès définitifs dans les tumeurs susceptibles d'être enlevées en empiétant sur les tissus voisins ;

2° Comme opération curative, à titre d'essai, avec présomption d'une récidive presque assurée, dans les tumeurs susceptibles d'être enlevées, seulement par énucléation ;

3° Comme opération palliative, seulement quand l'amputation est contre-indiquée ou refusée par le malade.

VII. — L'amputation du membre est dans la majorité des cas une ressource nécessaire.

Elle peut être pratiquée :

1° D'emblée, quand l'extirpation est impossible par suite des dégâts qu'elle nécessiterait ;

2° Après récidence, à la suite des ablations simples. Dans ce cas on ne doit pas attendre que le néoplasme se soit rapproché beaucoup du tronc, et ne pas renouveler trop souvent les tentatives d'extirpation simple.

VU, BON A IMPRIMER :

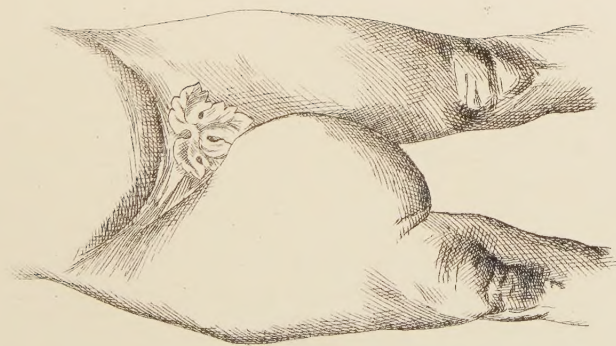
Le Doyen,
LORTET

Le Président de la Thèse,
PONCET

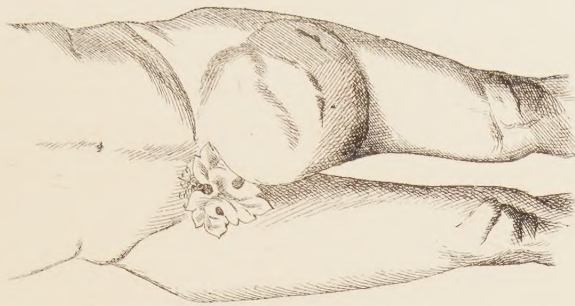
PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 22 juillet 1885.

Le Recteur,
EM. CHARLES



Myxo-Lipome de la cuisse droite (*Obs. X*).



Myxo-Lipome de la partie supérieure de la cuisse gauche (*Obs. XI*).

